UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

**FACULTE DE MEDECINE**

N° 14

LA

# CONSTATATION DES DÉCÈS EN FRANCE

AU POINT DE VUE

## DES INHUMATIONS PRÉMATURÉES

ET DES MORTS CRIMINELLES

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 15 Décembre 1909**

PAR

**Ernest GIRAUD**

Né à Marseille, le 1er mars 1881

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1905)

ANCIEN EXTERNE DES MÊMES HOPITAUX (CONCOURS, 1902)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE (CONCOURS 1904-1905)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

SARDA, Professeur, *Président*
DUCAMP, Professeur, } *Assesseurs.*
VIRES Agrégé, } *Assesseurs.*
LAGRIFFOUL, Agrégé, } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

LA

# CONSTATATION DES DÉCÈS EN FRANCE

AU POINT DE VUE

DES INHUMATIONS PRÉMATURÉES

ET DES MORTS CRIMINELLES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

**FACULTE DE MEDECINE**

N° 14

LA

# CONSTATATION DES DÉCÈS EN FRANCE

AU POINT DE VUE

## DES INHUMATIONS PRÉMATURÉES

ET DES MORTS CRIMINELLES

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 15 Décembre 1909**

ACAD. LUBRAT BIBL.

PAR

**Ernest GIRAUD**

Né à Marseille, le 1er mars 1881

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1905)

ANCIEN EXTERNE DES MÊMES HOPITAUX (CONCOURS 1902)

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE (CONCOURS 1904-1905)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

SARDA, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur, } *Assesseurs.*
VIRES, Agrégé, }
LAGRIFFOUL, Agrégé, }

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

## Professeurs

| | | |
|---|---|---|
| Clinique médicale . . . . . | MM. | GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | | TEDENAT (✲). |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | | HAMELIN (✲) |
| Cliniquemédicale . . . . . | | CARRIEU. |
| Cliniquedes maladies mentales et nerv. | | MAIRET (✲) |
| Physique médicale . . . . . | | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | | FORGUE (✲) |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | | TRUC (✲). |
| Chimie médicale. . . . . | | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | | HEDON. |
| Histologie . . . . . | | VIALLETON |
| Pathologie interne . . . . . | | DUCAMP. |
| Anatomie. . . . . | | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop. | | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | | BOSC. |
| Hygiène. . . . . | | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales . . | | RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale. . . . . | | VALLOIS |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés de Cours complémentaires

| | | |
|---|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. | VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe . . . . . | | LAPEYRE, agr. lib. |
| Clinique gynécologique. . . . . | | DE ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements.. . . . . | | PUECH, Prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | | JEANBRAU, agr. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . | | MOURET, Prof. adj. |
| Médecine opératoire. . . . . | | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. SOUBEYRAN | MM. LEENHARDT |
| VIRES | GUERIN | GAUSSEL |
| VEDEL | GAGNIERE | RICHE |
| JEANBRAU | GRYNFELTT Ed. | CABANNES |
| POUJOL | LAGRIFFOUL. | DERRIEN |

## Examinateurs de la Thèse

MM. SARDA, *président.* | VIRES, *agrégé.*
DUCAMP, *professeur.* | LAGRIFFOUL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A AM MÈRE

*Témoignage d'affection et de reconnaissance*

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

E. GIRAUD.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRÉDÉRIC DUFOUR

MÉDECIN EXPERT PRÈS LE PARQUET DE MARSEILLE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR SÉVERIN ICARD

LAURÉAT DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES), DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE TOXICOLOGIE

E. GIRAUD.

LA

# CONSTATATION DES DÉCÈS EN FRANCE

AU POINT DE VUE

## DES INHUMATIONS PRÉMATURÉES

## ET DES MORTS CRIMINELLES

---

## INTRODUCTION

Le médecin qui est appelé à constater un décès doit rechercher d'abord si la mort est réelle, puis s'efforcer de reconnaître la cause de la mort. C'est dans le double but d'écarter le danger de la mort apparente et de découvrir les décès suspects ou criminels que les pouvoirs publics, interprètes officiels et fidèles de la loi, exigent que la vérification des décès soit faite par des médecins spéciaux assermentés. De notre enquête, qui a porté sur tous les départements, il résulte que, dans toute la France, une cinquantaine de communes à peine possèdent un service officiel de la vérification médicale des décès.

Le but de notre thèse est de démontrer la nécessité qui s'impose de créer dans toutes les communes de France un service officiel de médecins vérificateurs des décès et l'impossibilité de confier cette vérification au médecin traitant.

Nous demandons, en outre, que l'on impose au médecin de l'état-civil la pratique d'une épreuve qui l'obligera à se rendre auprès du supposé décédé. Nous avons fixé notre choix sur l'épreuve d'Icard. L'injection de fluorescéine aura de plus l'avantage de fixer d'une façon sûre le diagnostic de la réalité de la mort. En décrivant ce procédé, nous donnerons les opinions des divers auteurs français et étrangers sur la méthode d'Icard.

Nous étudierons également la constatation des décès en temps d'épidémie, sur les champs de bataille et dans les hôpitaux. Et, afin de permettre la pratique hâtive des autopsies, nous proposons comme seul moyen pouvant concilier les intérêts de la Science et ceux de l'Humanité, la méthode d'Icard.

Nous terminerons enfin notre travail par l'étude de la constatation des décès en l'absence du médecin. Nous citerons à ce propos les appréciations et les dernières expériences des auteurs qui ont expérimenté le procédé de la réaction sulfhydrique d'Icard.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à MM. les docteurs Dufour et Icard l'expression de notre vive reconnaissance.

M. le docteur Dufour a bien voulu nous inspirer l'idée de cette thèse et nous fournir de précieux documents ; M. le docteur Icard a mis à notre disposition tous ses importants travaux sur la mort apparente et les moyens d'éviter ce danger. Nous les remercions bien sincèrement de la sympathie qu'ils nous ont témoignée et des conseils judicieux qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Que M. le professeur Sarda veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

# CHAPITRE PREMIER

## LES PRESCRIPTIONS LÉGALES ET LES MESURES ADMINISTRATIVES

Le chapitre du Code civil qui, en France, traite des actes de décès, paraît, de prime abord, insuffisant et très incomplet. La loi cependant répond à tous les besoins : elle consacre le principe de la vérification du décès et du délai obligatoire avant l'inhumation. « La loi, dit Icard, devait rester dans les généralités, et n'entrer dans aucun détail des moyens à employer pour réaliser ses prescriptions ; à l'administration incombait le soin d'interpréter la loi et de prendre toutes les mesures nécessaires pour donner satisfaction à toutes ses exigences, que celles-ci fussent nettement exprimées dans le texte ou qu'elles en fussent une conséquence forcée. Il n'y a donc pas à changer la loi, mais il faut que l'administration veille sur ses prescriptions en les faisant connaître, en les interprétant et en les complétant même suivant son véritable esprit. »

Lors de la discussion au Conseil d'Etat de l'article 77 du Code civil, certains jurisconsultes demandèrent que le texte même de l'article rendît obligatoire la vérification médicale des décès et exigeât l'intermédiaire du médecin. Bouley répondit qu'il suffisait que la loi sanctionnât l'obligation de la constatation des décès, et qu'à la

police restait le soin des procédés à prendre pour faire respecter les prescriptions de la loi. La Cour de cassation, dans ses observations sur le projet du gouvernement, fit la même réponse et déclara que « c'est à des règlements locaux à déterminer le mode suivant lequel les officiers de l'état-civil s'assureront du décès. »

Cette manière de voir est confirmée par le mémoire adressé, le 29 mars 1839, au Conseil municipal de Paris, par le préfet de la Seine, comte de Rambuteau, à la suite d'une pétition présentée à la Chambre des députés pour signaler à l'attention des pouvoirs publics le danger des inhumations précipitées.

« L'auteur de la pétition, dit le préfet, peu familier avec les éléments constitutifs de la question, ne voit de remède aux dangers qu'il signale, que dans de nouvelles dispositions légales, il n'a pas pris garde que la loi a tout disposé, que ses observations ne tombent que sur la manière dont celle-ci est exécutée, et que l'exécution des lois étant confiée aux pouvoirs administratifs et judiciaires, c'est à eux seuls que pourraient s'attribuer les reproches, s'il en était à exprimer, comme c'est à eux qu'appartient le devoir de les prévenir, chacun dans la sphère de son action particulière.

Que la question qui nous occupe ainsi soit donc uniquement du ressort administratif, c'est ce qui est tout à fait incontestable, et nous n'aurons pas besoin de nous appesantir sur sa nature et sur sa portée, pour reconnaître qu'une terrible responsabilité, jusqu'à présent trop peu sentie, pèse à son occasion sur l'administration. »

Nous devons donc voir dans les circulaires préfectorales, dans les arrêtés ministériels, dans les avis du Conseil d'Etat, et dans tous les actes émanés de l'administration centrale, la véritable interprétation de la loi.

« Peut-être, dit Icard, en affirmant ceci, ne nous montrons-nous pas légiste consommé, mais nous faisons acte de bon philanthrope, puisqu'il s'agit d'une question absolument humanitaire, les mesures administratives doivent avoir à nos yeux la même force que les prescriptions légales, et nous devons faire bénéficier les intéressés des unes comme des autres. »

Cette même raison nous autorise à dire que ces mesures doivent être appliquées partout. Les circulaires, il est vrai, émanent pour la plupart des préfets de la Seine, mais elles ont été confirmées, à maintes reprises, par des arrêtés ministériels et plus particulièrement par les circulaires ministérielles du 2 décembre 1863 et 24 décembre 1866. Cette dernière, signée du ministre de l'Intérieur, La Valette, traite des mesures à prendre pour empêcher les inhumations précipitées et étend à toute la France les mesures prescrites par les préfets de la Seine,

### § I. *Les prescriptions légales.*

Toutes les prescriptions de la loi française relatives aux décès sont contenues dans le Code civil, livre premier, chapitre IV, articles 77 à 87.

Art. 77. — « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la livrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès, et que 24 heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. »

Art. 78. — « L'acte de décès sera dressé par l'officier de l'état-civil, sur la déclaration de deux témoins. Ces témoins seront, s'il est possible, les deux plus proches pa-

rents ou voisins, ou lorsqu'une personne sera décédée hors de son domicile, la personne chez laquelle elle sera décédée, et un parent ou autre. »

Art. 80. — « En cas de décès dans les hôpitaux ou les formations sanitaires, les hôpitaux maritimes, coloniaux, civils ou autres établissements publics, soit en France, soit dans les colonies ou les pays de protectorat, les directeurs, administrateurs ou maîtres de ces hôpitaux ou établissements, devront en donner avis dans les vingt-quatre heures, à l'officier de l'état-civil ou à celui qui en remplit les fonctions. Celui-ci s'y transportera pour s'assurer du décès, et en dressera l'acte, conformément à l'article précédent, sur les déclarations qui lui auront été faites et sur les renseignements qu'il aura pris... »

Art. 84. — En cas de décès dans les prisons ou maisons de réclusion et de détention, il en sera donné avis sur-le-champ par les concierges ou gardiens à l'officier de l'état-civil qui s'y transportera, comme il est dit en l'article 80, et rédigera l'acte de décès. »

Les articles 86 et 87 règlent les formalités relatives aux décès pendant les voyages de mer.

En somme, aucun citoyen français ne peut être enregistré comme mort, sans que son décès ait été officiellement constaté, et ne peut être inhumé avant qu'un délai déterminé ne se soit écoulé depuis le moment de la mort jusqu'à celui de l'inhumation. La loi a dit nettement ce qu'elle voulait, mais d'une façon succincte et générale. Elle a laissé aux pouvoirs administratifs et judiciaires le soin de choisir les moyens dont l'emploi répondait le mieux aux intentions humanitaires du législateur.

§ II. *Les mesures administratives.*

Affirmer que la mort est réelle ou apparente, c'est faire un diagnostic ; en la circonstance, seul, le médecin est donc compétent. Seul, un médecin expérimenté pourra de même reconnaître si la mort est naturelle ou si elle est la conséquence d'un crime.

L'officier de l'état-civil, à qui, d'après la loi, incombe le soin de s'assurer du décès, a le droit de se faire aider de l'homme de l'art ou mieux de se faire suppléer par lui, afin de remplir plus sûrement la mission que lui confie la loi.

Non seulement l'officier de l'état-civil a le droit de se faire suppléer par le médecin, mais encore il en a l'obligation, morale tout au moins, chaque fois qu'il lui sera possible d'obtenir le concours d'un médecin. La chose paraît si naturelle, que ce serait mettre en doute le sens pratique des jurisconsultes qui ont rédigé le Code, si nous pensions que, déléguant, pour la vérification des décès l'officier de l'état-civil, ils avaient reconnu à ce dernier toutes les capacités nécessaires pour la circonstance.

Pour être fixé sur le véritable sens de la loi, il faut se reporter à la discussion qui a précédé, au Conseil d'Etat, l'adoption de l'article 77, Fourcroy demandait qu'il fût spécifié dans cet article que l'officier de l'état-civil, pour constater le décès, fût assisté d'un officier de santé ». Il alléguait comme motif « qu'il était difficile de s'assurer de la mort, sans la connaissance réelle de ses signes ; qu'on pouvait la confondre avec une léthargie et qu'il existait des exemples assez nombreux de personnes enterrées vivantes ». Bouley répondit à cette juste observation en faisant constater « qu'il n'y avait pas toujours possibi-

lité de trouver des officiers de santé et que la pénurie des médecins créerait un obstacle dont il serait impossible de triompher ».

C'était reconnaître tout en maintenant les termes de la loi, qu'on n'interdisait pas l'intermédiaire des officiers de santé pour la vérification ; que cet intermédiaire était même obligatoire chaque fois que la chose était possible C'est d'ailleurs dans ce sens que les différentes circulaires administratives ayant trait à la constatation des décès ont interprété l'article. Mais cette vérification est toujours sous la responsabilité de l'officier de l'état-civil.

Les arrêtés du préfet de la Seine du 21 Vendémiaire an IX, du 2 juin 1806, du 31 décembre 1821, du 15 avril 1839, du 25 janvier 1841, confirment cette jurisprudence et ont organisé avec des progrès successifs, le service de la vérification des décès et de l'inspection de cette vérification dans le département de la Seine. Le ministre de l'Intérieur, dans sa circulaire du 2 septembre 1863, a également reconnu qu'en ordonnant la vérification du décès par l'officier de l'état-civil en personne, ou par un médecin spécialement chargé de constater les causes et la réalité du décès, le législateur a voulu donner à la société et aux familles toutes les garanties désirables.

En fait, l'officier de l'état-civil ne se transporte pas au domicile de la personne décédée et l'article 77 doit être appliqué comme s'il était ainsi conçu : « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état-civil, qui ne pourra la délivrer qu'après avoir fait vérifier le décès par un docteur en médecine assermenté, et que vingt-quatre heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police. » Il eût semblé plus simple de mettre ainsi les termes de la loi en rapport avec son esprit.

Une circulaire du 24 décembre 1806, adressée, par le ministre de l'Intérieur aux préfets, rend ce mode de procéder obligatoire pour toutes les communes de France et en fait une charge communale.

Dans cette circulaire, le ministre rappelle que l'article 77 du Code civil fait peser sur l'officier de l'état-civil la responsabilité de la constatation des décès ; or, cette responsabilité impliquait l'obligation de s'entourer de tous les moyens propres à obtenir ce résultat strictement exigé. Pour atteindre plus sûrement ce but, il a paru utile de prescrire les mesures suivantes : « Le maire de chaque commune fera choix d'un ou de plusieurs docteurs en médecine ou en chirurgie et, à leur défaut, d'officiers de santé, qui seront chargés de constater le décès dont la déclaration aura été faite à la mairie, conformément aux prescriptions de la loi. Ces médecins seront assermentés. Dès que la déclaration d'un décès aura été faite, le maire fera parvenir au médecin vérificateur du décès une feuille en double expédition, conforme au modèle ci-joint, et sur laquelle il inscrira les nom, prénoms, sexe, âge, profession de la personne décédée ; la nature de la maladie à laquelle elle a succombé, et autant que possible, sa durée et ses complications ; le nom du médecin qui a soigné le malade, celui du pharmacien qui a délivré les médicaments, et autant que possible les conditions hygiéniques du domicile. Dans le cas où le décès paraîtrait douteux, l'officier de l'état-civil retarderait la délivrance du permis d'inhumer jusqu'à certitude complètement acquise de la mort, par une visite nouvelle et un rapport spécial du médecin vérificateur. »

L'administration ne s'est pas bornée à créer des médecins vérificateurs assermentés ; elle a voulu encore leur indiquer la manière dont ils doivent procéder à l'examen

du corps. Les circulaires et les instructions relatives à ce sujet entrent dans les moindres détails et indiquent très nettement au médecin ce qu'il doit faire pour remplir tout son devoir.

Nous lisons dans la circulaire du 25 juillet 1844 : « J'ai su que des médecins vérificateurs se contentaient quelquefois de découvrir la face du décédé, et de déclarer sur les seuls indices qu'ils y découvraient que la mort était réelle. Mais ce n'est pas ainsi que la loi a entendu que les visites devaient être faites, et une manière de procéder aussi incomplète, indépendamment de ce qu'elle est insuffisante pour la constatation des décès, rendrait inexécutable l'article 81 du Code civil.

» Le corps d'un décédé doit être toujours examiné d'une manière attentive et complète ; et, dans beaucoup de cas même, il peut être utile de le déplacer ; mais alors, ces déplacements doivent être faits avec beaucoup de soin et de convenance. »

La circulaire ministérielle du 24 décembre 1866, sur les mesures à prendre pour empêcher les inhumations précipitées, d'après l'avis du Conseil d'hygiène et de salubrité consulté à ce sujet, reconnaît qu'il n'existe que deux signes que l'on peut considérer comme infaillibles : la putréfaction et la rigidité cadavérique, mais à condition toutefois que ces signes soient constatés par des médecins. Aucun certificat établissant la réalité du décès ne devra être délivré par le médecin vérificateur avant qu'un de ces deux signes se soit manifesté.

L'administration a également fixé le moment où doit se faire la vérification du décès.

« Il importe, dit la circulaire préfectorale du 25 juillet 1844, que le médecin vérificateur, lorsqu'il a reçu un mandat de visite, ne se présente à la maison mortuaire, ni as-

sez tôt pour que les signes de la mort ne se soient pas encore suffisamment manifestés, ni assez tard pour que l'heure de l'inhumation, fixée par le maire, ne puisse être connue de la famille dans la journée même. »

La circulaire ministérielle du 24 décembre 1886, en exigeant du médecin vérificateur la constatation de la rigidité ou de la putréfaction avant de signer tout certificat de décès, obligeait à renvoyer à une heure assez reculée la visite de la vérification.

Une circulaire plus récente, signée du préfet de la Seine, Ferdinand Duval, à la date du 25 décembre 1876, fixe à six heures, à partir du moment supposé du décès, le délai que doit attendre tout médecin vérificateur avant de procéder à l'examen du corps.

Jusqu'à l'arrivée du médecin vérificateur, il est recommandé aux personnes qui entourent le malade au moment de son décès, de ne faire aucun changement dans l'état du corps.

L'ensevelissement trop rapide est un des abus les plus enracinés ; le dernier soupir est à peine exhalé, que l'on se hâte de procéder à la toilette funèbre ; les oreillers sont retirés, une paillasse remplace le lit qu'on veut ménager, un drap est placé sur la figure. Quelle que soit la température extérieure, la fenêtre est ouverte, et un froid subit remplace l'atmosphère tiède de la chambre ; un lien est placé sous la mâchoire inférieure pour maintenir la bouche fermée, les mains sont ramenées sur le devant de la poitrine et attachées l'une à l'autre.

Les règlements administratifs ont cherché à mettre un terme à ces abus. L'arrêt du 21 vendémiaire an IX interdit les ensevelissements précipités. « Les personnes qui se trouveront auprès d'un malade au moment de son dé-

cès présumé, éviteront à l'avenir de lui couvrir et envelopper le visage, de le faire enlever de son lit pour le déposer sur un sommier de paille ou de crin et de l'exposer à un air trop froid. »

La circulaire du préfet de la Seine, comte de Rambuteau, en date du 25 janvier 1844, insiste sur ces précautions : « Le premier point qui doit fixer l'attention du médecin vérificateur, c'est de s'assurer que toutes les précautions des arrêtés du 21 vendémiaire an IX, et 25 janvier 1841 sont observées. Le corps doit rester dans toutes les conditions de chaleur et d'air susceptibles de faciliter le retour à la vie. On doit se garder de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière et à toute opération analogue ; et toutes ces prescriptions doivent être observées pendant le délai de vingt-quatre heures, à partir de la déclaration faite à la mairie. Si donc, le médecin vérificateur, à son arrivée, constate quelque infraction aux dispositions réglementaires qui viennent d'être indiquées, il doit adresser à cet égard des recommandations à la personne présente. Si, par exemple, il trouve le corps déjà enseveli, il doit prescrire le désensevelissement et le faire exécuter sous ses yeux. En général, les médecins vérificateurs devront rappeler aux familles toutes leurs obligations à l'égard des individus déclarés pour morts, et leur faire observer que pendant le délai légal de vingt-quatre heures, on doit prendre autant de soin d'une personne présumée décédée que s'il s'agissait d'un malade. »

La circulaire du 24 décembre 1866 renouvelle la recommandation de ne faire aucun changement dans l'état du corps avant l'arrivée du médecin. La figure du défunt devra rester à découvert jusqu'au moment de la mise en bercueil.

Aux termes de l'ordonnance du 6 septembre 1839 et du 21 janvier 1841, aucune opération capable de modifier l'état du corps et de transformer en décès réel une mort qui ne serait qu'apparente, ne peut être pratiquée avant le délai de vingt-quatre heures.

Article premier. — « Il est défendu de procéder au moulage, à l'autopsie, à l'embaumement ou à la momification du cadavre avant qu'il se soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration du décès à la mairie, et sans qu'il en ait été adressé une déclaration préalable au commissaire de police, à Paris, et au maire dans les communes rurales. »

Article 6. — « Les dispositions de la présente ordonnance ne sont pas applicables aux opérations qui sont pratiquées dans les hôpitaux et hospices et dans les amphithéâtres de dissection légalement établis. »

La circulaire du 24 décembre 1866 confirme cette interdiction de procéder au moulage, à l'autopsie ou à l'embaumement, avant la vérification du décès et l'expiration du délai de vingt-quatre heures et sans déclaration préalable à l'autorité municipale, qui pourra se faire représenter à l'opération.

L'administration s'est encore préoccupée d'une façon toute particulière de la constatation des décès en temps d'épidémie.

Nous n'insisterons pas ici sur ce point, car nous traiterons en détail cette question dans un prochain chapitre.

En résumé, nous voyons que la loi et les pouvoirs administratifs ont tout prévu dans le but d'écarter le danger de la mort apparente et de découvrir les morts criminel-

les. Il est certain que si les prescriptions légales étaient exactement suivies, si les mesures administratives étaient rigoureusement appliquées, le danger de la mort apparente ne serait plus à craindre, et les morts qui sont le résultat d'un crime ne resteraient pas impunies.

## CHAPITRE II

### LES MOTIFS QUI ONT INSPIRÉ LE LÉGISLATEUR ET L'ADMINISTRATION

Nous venons de voir dans le chapitre précédent combien la loi a eu à cœur de s'assurer du véritable état des personnes décédées. Si les auteurs de ces lois ont pris tant de précautions pour constater le décès d'un citoyen, c'est que, d'une part, ils connaissaient la possibilité et la réalité de la mort apparente et qu'ils voulaient, à tout prix, écarter ce danger, et que, d'autre part, ils estimaient que c'était le seul moyen de découvrir les décès suspects, et ainsi de ne pas laisser impunies certaines morts criminelles. Que la mort soit réelle ou apparente, qu'elle soit le résultat d'un crime, il faut un médecin pour sauver un homme de la tombe, si sa vie n'est pas encore éteinte, et venger la société si le décès est le résultat d'un crime.

Mais, comme nous l'avons déjà dit, l'administration n'impose pas seulement la vérification médicale des décès, elle veut que cette vérification soit faite par des médecins spéciaux. Il nous faut donc, dans ce chapitre, démontrer d'une part la nécessité de la constatation médicale des décès, et, d'autre part, la nécessité de faire faire cette vérification par des médecins spéciaux, dits médecins de l'état civil.

### 1° Possibilité et réalité de la mort apparente

« On comprend sous le nom de mort apparente, dit Vibert dans son *Précis de Médecine légale,* l'état dans lequel la vie est réduite dans de telles proportions que ses manifestations extérieures, celles qui sont perceptibles pour autrui, n'existent plus. Non seulement la personne en état de mort apparente est privée de tout mouvement, de toute sensibilité, mais encore sa respiration et sa circulation sont tellement affaiblies, qu'elles ne sont plus appréciables à nos sens. Et cependant, la vie n'est pas pour cela définitivement éteinte, puisque, après un certain délai, elle peut reprendre son fonctionnement normal. »

La mort apparente est un fait général dans la nature, d'autant plus fréquent que les organismes sont plus inférieurs. Nous en avons l'image dans les effets de l'hiver sur un grand nombre d'espèces végétales, et dans la vie latente que certaines graines, telles que celles que l'on a découvertes dans les Pyramides, conservent presque indéfiniment. Les expériences de Leuwenhoeck, Fontana, Spallanzani, Pouchet, Broca, sur les animaux dits *ressuscitants,* sont connues de tous. Les effets de la congélation sur les chrysalides (Réaumur), sur les grenouilles (Volta), les expériences de Balbiani sur les hannetons noyés, puis desséchés au soleil et ranimés au bout de cinq jours de submersion, celles de Vulpian sur les grenouilles et les salamandres empoisonnés par le curare et la nicotine, et restant plusieurs jours en état de mort apparente, sont des faits scientifiques de même ordre et cependant plus extraordinaires, parce qu'il s'agit d'êtres plus parfaits. Indépendamment des animaux hibernants (marmotte, loir, ours), dont l'état de sommeil ne devrait pas être assi-

milé aux apparences de la mort, à cause de leur température supérieure d'un degré à celle du milieu ambiant, de la persistance des battements du cœur et des mouvements respiratoires seulement ralentis et facilement perceptibles, les animaux supérieurs, tels que le cheval et le chien, ont été vus en état de mort apparente, et c'est ainsi qu'en montant graduellement l'échelle des organismes, nous arrivons à l'espèce humaine.

« Il existe certains états hystériques, dit Brouardel, qui présentent des phénomènes semblables. Il y a beaucoup de simulatrices parmi les hystériques, mais il n'en est pas moins vrai que, chez certaines de ces malades, la nutrition et l'excrétion sont réduites au strict minimum. Elles se nourrissent de deux ou trois figues par jour, rendent de dix à douze grammes d'urine et presque pas de matières fécales. Les observations d'Empereur ont établi, en même temps, que ces hystériques n'excrétaient par jour que la cinquième partie de l'acide carbonique qu'elles devraient rendre normalement. On peut conclure de ces faits qu'il existe une variété de femmes chez lesquelles les échanges nutritifs sont au minimum ; elles ont une vie presque latente. Si cet état est poussé plus loin, ces femmes peuvent rester pendant un temps que nous ne saurions déterminer, en léthargie, en catalepsie, en état de mort apparente, leur vie est tout à fait latente. »

Nous pouvons, sans être hystériques, réduire ou arrêter les phénomènes de la circulation. Donders et Chauveau y ont réussi. Quelques personnes peuvent arrêter leur circulation pendant un instant.

Un anglais, le colonel Townsend, prétendait qu'il pouvait arrêter les mouvements de son cœur pendant une demi-heure. « Cheyne rapporte que ce colonel, malade depuis longtemps, prit un jour la fantaisie d'envoyer

chercher Sheyne et Baynard, qui le traitaient, et Schrine, son apothicaire, pour les prier d'être témoins d'une expérience singulière qu'il voulait répéter en leur présence ; c'était de se faire mourir et revivre. Le malade se coucha sur le dos ; le docteur Cheyne tenait son pouls, le docteur Baynard avait la main sur son cœur, Schrine présentait un miroir à sa bouche. Un moment après, on ne sentit plus, ni pulsation dans l'artère, ni mouvement au cœur, et l'haleine ne ternissait plus la glace. Ce phénomène ayant duré au-delà d'une demi-heure, les spectateurs étaient sur le point de se retirer, persuadés que le malade avait poussé trop loin son expérience, lorsqu'ils aperçurent un mouvement, puis ils sentirent le pouls et les battements du cœur revenir par degrés et la respiration se rétablir ; enfin, le malade commença à parler et laissa les spectateurs également étonnés de sa mort et de sa résurrection. Quand ils furent partis, le colonel fit venir un notaire, ajouta un codicille à son testament, et expira paisiblement huit heures après l'expérience. »

Il nous faut citer les faits racontés sur les fakirs de l'Inde. Ces fakirs, tourneurs ou hurleurs, arrivent à se mettre dans un état nerveux tel qu'ils supportent un certain nombre d'épreuves sans avoir l'air d'être en vie. Une d'elles, et non des moindres, est de se laisser enterrer pendant quinze jours ou trois semaines ; au bout de ce temps, le fakir, déterré, revient à la vie. Le docteur Kuhn, dans un rapport adressé à la Société anthropologique de Munich, raconte qu'il a observé deux cas dont l'authenticité ne saurait être mise en doute. Il s'agissait de deux fakirs, dont l'un avait séjourné vivant, dans la terre, six semaines, et l'autre dix jours. Pour le rapporteur, l'état où se trouve le fakir et qu'il provoque artificiellement, est en tous points identique à celui connu sous le nom de

catalepsie. L'état cataleptique peut durer des heures comme des jours et des mois. La catalepsie, d'après l'auteur, constitue une des phases de l'hypnotisme et, chez les fakirs, nous avons presque toujours affaire, dit-il, à cette dernière forme de catalepsie, quand il s'agit d'expliquer le phénomène connu sous le nom de mort apparente.

Ainsi donc, nous voyons la possibilité de la mort apparente dans l'espèce humaine, et cette possibilité a été reconnue à toutes les époques et dans tous les pays.

Deux exemples sont tirés du livre des Rois (lib. III, cap. XVII ; lib. IV, cap. IV) : le prophète Elie ressuscite le fils de la veuve, et Elisée celui de la Sunamite. Zacchias en parle dans le chapitre intitulé : « *Multi qui mortui resurrexerunt* ». On a remarqué que, dans ces deux cas, il ne s'agissait que de la suppression de la connaissance et de la respiration, tandis que dans la résurrection de Lazare (Saint-Jean, cap. XI, 39), le signe certain de la mort est indiqué.

La mort apparente a ses légendes, qu'on ne peut omettre. Dès la plus haute antiquité, on répandait le bruit que des hommes étaient descendus du bûcher ou étaient sortis de la tombe pour reprendre leur place parmi les vivants.

On a attribué à Démocrite ou à Héraclide de Pont, un livre sur la mort apparente. Platon parle d'un guerrier qui resta dix jours parmi les morts et qui, porté chez lui, se ranima, quand tout était disposé pour ses funérailles. Plutarque raconte qu'une personne étant tombée de haut sur le sol, parut morte, quoiqu'on ne vît aucune blessure, et se ranima tout à coup, au bout de trois jours, lorsqu'on la portait en terre. C'est Pline qui est l'historien le plus ancien de la mort apparente ; il consacre à ce sujet un chapitre de son Histoire naturelle, intitulé : « *De his qui*

*clati revixerunt* ». Avicula, personnage consulaire, porté sur le bûcher après avoir été jugé bien mort par les médecins et par les gens de sa maison, ranimé par les flammes, ne peut être sauvé malgré ses cris. D'après Varron, un homme qu'on portait en terre revient à lui près de Cannes ; une personne de la famille même de Pline se réveille à propos, l'accord étant déjà fait avec l'entrepreneur des funérailles.

Apulée raconte dans tous ses détails (Floridorum, lib. IV), l'anecdote d'Asclépiade, ce joli conte, dit Leclerc (Histoire de la Médecine, p. 392), d'un homme qu'on croyait mort et qu'il rendit à la vie.

On retrouve ces mêmes idées sur la mort apparente dans les poètes. La possibilité, la fréquence même de ces erreurs, étaient donc admises dans l'antiquité.

A mesure qu'on se rapproche des temps modernes, les observations se multiplient. Mais, c'est surtout à l'impulsion donnée par Winslow, en 1740, par Bruhier, en 1742, que la question de la mort apparente a dû toute sa popularité. Winslow, dans sa dissertation restée célèbre, déclare qu'il a été lui-même, dans sa jeunesse, deux fois considéré comme mort. Bruhier, un médecin de Poitiers, qui se fit le commentateur de Winslow, a plaidé l'incertitude des signes de la mort. Il s'appuyait sur une série considérable de faits. Son livre fit grand émoi ; mais Bruhier avait recueilli toutes les histoires, tous les racontars qu'il avait pu ramasser ; aussi arrivait-il à des statistiques fantastiques.

Les publications de ce genre se multiplient. Durande rapporte des faits émouvants ; Thierry demande que la vie de l'homme soit respectée et défendue à ses derniers moments ; il propose l'établissement de maisons mortuaires (1785). Combien de personnes, dit Portal, n'a-t-on pas

enterrées qui étaient encore en vie ! Deux fois, dans le XVIII[e] siècle, vers le milieu et vers la fin, une panique universelle est occasionnée par cette pensée de la mort apparente ; elle s'étend à l'Allemagne ; Hufeland publie son ouvrage sur l'incertitude des signes de la mort et, sous cette impression, le premier obitoire est établi à Weimar, en 1792, pour remédier aux périls des inhumations précipitées.

Une direction scientifique est en même temps imprimée aux recherches ; à côté des fables et des anecdotes, des travaux sérieux augmentent la puissance du diagnostic. Louis combat la doctrine de l'incertitude des signes de la mort et démontre toute l'importance qu'il faut attacher à la rigidité cadavérique et aux altérations de l'œil.

Des prix sont fondés par quelques philanthropes pour récompenser les meilleurs travaux sur la mort apparente et sur les signes de la mort. Le 13 février 1837, Manni, professeur à l'université de Rome, propose à l'Académie des sciences de faire les frais d'un prix spécial de 1.500 francs, destiné au meilleur mémoire sur la question des morts apparentes et sur le moyen de remédier aux accidents qui peuvent en être la conséquence. Dans la séance du 29 mai 1848, l'Académie accorde le prix au remarquable ouvrage de Bouchut, qui met la question des signes de la mort au niveau des progrès de la science moderne.

Dans son livre, intitulé : « Les signes de la mort », Bouchut divise en trois catégories les observations de mort apparente : la première est consacrée à ces prétendues erreurs de médecins qui auraient plongé le scalpel dans les entrailles de personnes en état de mort apparente et qui se seraient ainsi rendus coupables d'homicide involontaire: « Mais, ajoute l'auteur, aucun de ces faits n'a été démontré. » La seconde renferme, au contraire,

le grand nombre de méprises, malheureusement incontestables, qui ont été commises par des personnes étrangères à la médecine, et qui ont eu pour résultat des mesures prématurées d'inhumation. La dernière se compose de toutes les histoires merveilleuses « qu'un caprice a fait naître, que la légende a recueillies, et que nos feuilles quotidiennes nous ont transmises comme des exemples de la facilité avec laquelle une personne peut être enterrée vivante ».

Plus tard, le marquis d'Ouches, par son testament, fonde deux prix, l'un de 20.000 francs, pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle, moyen qui puisse être mis en pratique par de pauvres villageois sans instruction ; l'autre, de 5.000 francs, pour la découverte d'un moyen de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle, mais exigeant l'intermédiaire de l'homme de l'art.

Un rapport présenté par Devergie à l'Académie de Médecine, fait connaître le mouvement scientifique qu'a provoqué ce concours et les moyens nouveaux dont s'est enrichi le diagnostic.

En avril 1872, Dugaste lègue à l'Académie des sciences une rente de 500 francs pour fonder un prix quinquennal de 2.500 francs. Ce prix doit être accordé tous les cinq ans à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur le meilleur moyen de prévenir les inhumations précipitées.

Jusqu'ici, depuis sa fondation, le prix Dugaste n'a été accordé qu'une seule fois ; il a été attribué au docteur Icard (de Marseille), dont les travaux en la matière avaient déjà été couronnés une première fois par l'Institut de France, en 1895.

Ainsi, comme nous venons de le voir, la croyance à la

mort apparente est de tous les temps et de tous les pays. Sans doute, il convient de tenir compte des légendes, des exagérations, des erreurs de toute sorte, inséparables d'un pareil sujet. Aucune partie de la littérature médicale n'est plus riche que celle qui concerne la mort apparente : cette richesse est souvent stérile, car la science est encombrée de faits accumulés sans critique, de récits inspirés par l'imagination ou par la peur. Beaucoup de fables se mêlent aux vérités, ou plutôt un peu de vérité se mêle à beaucoup de fables, et c'est ce qui fait sérieusement réfléchir.

Nous laisserons de côté tout ce qui touche à la légende, toutes les observations fantaisistes, mensongères et romanesques d'inhumations précipitées. La presse quotidienne se fait trop facilement l'écho de la rumeur publique, et il suffit qu'il y ait eu le moindre doute sur la réalité d'un décès pour que les journaux assurent le lendemain qu'une personne a failli être enterrée vivante, qu'elle s'est éveillée et s'est dressée spontanément sur son séant juste au moment où on allait la mettre en bière. « Il nous faudrait, dit Icard, plusieurs volumes si, les croyant exactes, nous voulions donner toutes les observations inédites qui nous ont été rapportées durant l'enquête que nous avons entreprise dans le but d'éclairer notre religion et de savoir à quoi nous en tenir sur la fréquence des inhumations précipitées. Durant plus de douze ans qu'a duré notre enquête, chaque fois que les journaux ont annoncé un cas de mort apparente, nous avons écrit régulièrement au curé ou à l'instituteur de la localité. A part quelques rares exceptions, la réponse nous apprenait que le fait était inexact. »

Certains auteurs ont essayé de déterminer la fréquence de la mort apparente. Icard se refuse à donner des chiffres. « Nous estimons, en effet, dit-il, qu'en cette circonstance la science manque d'éléments nécessaires pour as-

seoir une statistique sérieuse. Les cas de mort apparente bien constatés sont peu nombreux ; d'autre part, s'il est permis d'en constater quelques-uns, c'est grâce à des circonstances tout à fait accidentelles, et ces cas, si peu nombreux soient-ils, laissent supposer qu'il en existe d'autres qui ont eu pour seuls témoins les planches du cercueil : ceux-là, on ne les connaîtra jamais. »

Nous croyons que, pour prouver la réalité de la mort apparente et la gravité du danger, il suffira de démontrer quelques faits. Qu'importe, d'ailleurs, le grand nombre ou le petit nombre des observations ! Ne suffit-il pas d'un cas bien certain, pour que l'humanité impose le devoir d'employer tous les moyens propres à constater la mort d'une manière indubitable ?

L'histoire de Vésale, voyant un cadavre se contracter au premier coup de scalpel, est absolument fausse. Il faut placer parmi les faits controuvés et inspirés par l'esprit de la partie, la relation des autopsies du cardinal Espinoza et de Mazarin. Le fait de l'abbé Prévost n'est pas plus authentique. L'incision ou la menace d'incision faite par Philippe Peu, est le seul cas authentique, non d'une autopsie, mais d'un commencement d'opération césarienne, pratiqué sur une femme que l'on croyait morte. Winslow, racontant qu'il a été enterré vivant à deux reprises, ne trouve que des incrédules.

Quelques auteurs, et, entre autres, Hecquet, Thourette, Auguste Larrey, ont relaté, au sujet de certaines exhumations, la position singulière des cadavres, qui étaient couchés sur le côté ; ils en concluaient que les individus inhumés avaient dû se réveiller vivants dans leurs cercueils. Or, on sait aujourd'hui que certaines maladies, le choléra entre autres, sont suivies, après la mort, de contorsions, de convulsions, qui peuvent se produire avec une certaine

intensité ; le déplacement des membres, dû à ces contractions, ne saurait prouver qu'une personne a survécu à son inhumation.

Mais il est des faits indéniables, absolument authentiques, qui se présentent à nous avec toutes les garanties scientifiques.

Relevons tout d'abord les deux faits anciens les plus authentiques : Louis, dans sa lettre publiée en 1752, rapporte qu'une jeune femme en couches, fuyant l'Hôtel-Dieu où régnait une épidémie, vint à pied chercher un asile à l'hôpital de la Salpêtrière. Tombée deux fois en syncope en chemin, elle éprouva le même accident à son arrivée; elle fut regardée comme morte par les sœurs du service, resta pendant deux heures exposée à un froid rigoureux, dans une cour, puis elle fut transportée à la salle des morts. Quelque temps après, un élève, ayant entendu des gémissements, vint, tout effrayé, en prévenir Louis, qui eut la douleur de trouver cette femme réellement morte, et d'acquérir en même temps la certitude qu'elle avait fait des efforts pour sortir de son linceul, dans lequel elle était enveloppée ; elle avait une jambe par terre, hors du brancard, et un bras appuyé sur la barre du tréteau d'une table de dissection, à côté de laquelle elle avait été placée.

Le second cas est le fait célèbre de Rigaudeau (*Journal des Savants,* janvier 1749 ) :

Rigaudeau, chirurgien aide-major des hôpitaux militaires et chirurgien juré-accoucheur de Douay, fut appelé, le 8 septembre 1745, pour accoucher la femme de François Dumond, du village de Lowarde, à une lieu de Douay. On était venu le chercher à cinq heures du matin, mais il n'avait pu y arriver qu'à huit heures et demie. Quand il arrive, on lui dit que la femme était décédée de-

puis deux heures et qu'on n'avait pas trouvé de chirurgien pour lui faire subir l'opération césarienne. Il demande à voir la morte, elle était déjà ensevelie. Il fait ôter le suaire, tâte le pouls au bras, sur le cœur et au-dessus des clavicules, et il ne perçoit aucun mouvement. Il présente le miroir à la bouche et la glace n'est pas ternie. Les lèvres étaient couvertes d'écume et le ventre était prodigieusement gonflé. Il porte la main dans la matrice, dont il trouve l'orifice très dilaté. Il déchire la poche des eaux, retourne l'enfant et l'amène par les pieds avec assez de facilité. Quoiqu'il parût mort, il exhorte à lui donner des soins. Après trois heures d'un traitement inutile en apparence, on allait l'abandonner, lorsqu'une femme s'écrie qu'elle lui a vu ouvrir la bouche. Les soins redoublent et, peu à peu, l'enfant donne des signes de vie. On court avertir Rigaudeau qui était allé dîner chez le curé du village ; il vient de suite et reconnaît par lui-même la vérité du rapport. En moins d'un quart d'heure après son arrivée, l'enfant pleura avec autant de force que s'il était né heureusement.

Ce chirurgien voulut voir la mère une seconde fois ; on l'avait encore ensevelie. Il fait enlever tout l'appareil funèbre, il examine la femme avec toute son attention et la juge morte, comme après le premier examen. Il est cependant surpris de voir les bras et les jambes encore flexibles, quoique la femme fût morte depuis près de sept heures. Il recommande de ne pas l'inhumer avant que ses membres ne soient roides et il conseille encore quelques soins. Il s'éloigne, et, vers le soir, on vient lui apprendre que la femme est ressuscitée à trois heures et demie de l'après-midi, après neuf heures et demie de mort apparente.

L'enfant et la mère reprirent si bien des forces qu'ils

étaient tous deux pleins de vie le 10 août 1748, et que l'on aurait pu dire que tous deux se portaient fort bien, si la mère n'était restée paralytique, sourde et presque muette.

Il est bien probable qu'aujourd'hui, avec le secours de l'auscultation, cette double erreur n'eût pas été commise ou ne se fût pas autant prolongée ; mais, à toutes les époques, l'examen peut être superficiel et influencé par la prévention, et l'on voit ici jusqu'à quel point de fausses apparences peuvent tromper.

L'histoire du cardinal Donnet, rapportée dans le livre de Brouardel, intitulé « La mort et la mort subite », n'est pas exacte, du moins telle qu'elle a été présentée. « Cette histoire, dit Lacassagne, ne doit plus être tenue pour véridique. La légende ira rejoindre la plupart de ces récits macabres, qui nous ont été transmis sur les inhumations précipitées. »

Un fait bien remarquable a été communiqué au Sénat, en 1869. Il s'est passé à Bohaste, commune de Plougouven, près de Morlaix, le 30 septembre 1868, pendant une épidémie de choléra : Une jeune femme de vingt-six ans est prise subitement de maux de tête, de troubles divers, et son état devient grave rapidement. Les personnes qui l'entourent croient à une attaque de choléra, et, au bout de quelques heures, la jeune femme meurt. On l'ensevelit et on procède à son enterrement seize heures après le décès ; on entend du bruit dans le cercueil, on s'inquiète, et on se décide à faire venir un médecin, M. Roger, qui habite à quelques kilomètres de là. Il fait ouvrir le cercueil et constate des restes de vie. Il fait transporter la malheureuse dans l'église, car il était impossible, vu les distances, de la ramener chez elle, il lui prodigue ses soins,

mais elle meurt dans la nuit, et elle est définitivement enterrée le lendemain.

« Cette observation, dit Tourdes, nous paraissait être un exemple constaté de l'inhumation d'une personne vivante. Pour acquérir à cet égard une conviction complète, nous nous sommes mis en rapport avec M. Roger, le témoin du fait : il nous a répondu, à la date du 30 juillet 1874 : « Oui, j'ai assisté à l'exhumation d'une femme inhumée en état de mort apparente. Je n'ai pas entendu » distinctement les battements du cœur : j'ai perçu très » bien le bourdonnement dans la région précordiale ; j'ai » la certitude que la femme vivait encore quand je l'ai » examinée ; ce n'est pas une probabilité. »

Voici la copie textuelle des notes prises le soir même : « Plouigneau, 1er octobre 1867, minuit. — J'ai examiné à » huit heures du soir Philomène Jouêtre, âgée de 24 ans, » inhumée à cinq heures du soir, dans une fosse de 1 mè » tre 75. Plusieurs personnes l'ont entendue frapper con » tre les planches de sa bière ; ces bruits ne paraissaient » avoir laissé des traces ; je ne les ai pas perçus moi- » même. Pas d'odeur, aucune trace de déjection, marque » d'une respiration abondante. Bourdonnement manifeste » à la région précordiale. Pas de rigidité cadavérique ; » existence de contractions musculaires au bras, à la mâ- » choire inférieure ; chaleur et couleur normale de la » peau ; pas de toile glaireuse sur la cornée transpa- » rente ; transparence du tissu de la main, vu avec la » chandelle que je tenais. Ammoniaque sous le nez, com- » pressions alternatives de la poitrine. Elle n'est pas » morte, c'est une bougie dont la flamme s'éteint mais » dont la mèche brille encore. Pas de bruits certains du » côté du cœur. Les paupières ont eu des mouvements en

» sa présence. Je maintiens l'exhumation jusqu'au jour » suivant. »

» C'est sur ces notes que l'observation a été rédigée : c'est un cas authentique d'inhumation pendant la vie. Sans doute, si un médecin était arrivé au début de la maladie, si la vérification du prétendu décès avait été faite, si l'ensevelissement n'avait pas eu lieu une heure après la mort supposée, et l'inhumation, contrairement à la loi, au bout de seize heures, l'erreur n'aurait pas été commise ; mais ces mêmes circonstances peuvent se reproduire, pendant une épidémie, dans les campagnes, où la vérification des décès ne se fait pas, et il est utile d'avoir établi, par un fait nouveau, que le danger d'être enterré vif n'est pas chimérique. »

« Sans être peut-être aussi affirmatif que M. Tourdes, ou Brouardel, il n'est pas possible de nier que le fait ne soit possible. »

Les deux faits qui suivent ont été observés par des médecins et sont devenus à mettre comme absolument certains dans toute leur étendue. C'est ainsi que les considère le professeur Brouardel, à qui nous les empruntons : « Ces deux faits, dit-il, ne permettent aucun doute ; ils sont contrôlés par des médecins. »

« Le premier est rapporté dans la thèse de Parrot. Il s'agit d'un condamné qui fut pendu à Boston, en 1858, et qui fut observé par les docteurs Clarck, Ellis et Schaw. Le supplicié était resté pendu pendant vingt-cinq minutes, et lorsqu'on fit cesser la suspension, il n'y avait plus ni bruit ni impulsion cardiaques, la pupille était dilatée, la mort, en un mot, paraissait ne faire l'objet d'aucun doute aux yeux des médecins. Mais voilà qu'à onze heures trente minutes, c'est-à-dire une heure et demie après le commencement du sup-

plice, un mouvement de pulsation régulier se montre dans la veine sous-clavière droite. « En appliquant l'oreille à la poitrine, on s'assura que cela dépendait bien du cœur, et l'on entendit 80 fois par minute un battement seul, régulier et distinct, accompagné d'une impulsion légère. On ouvrit alors le thorax et on mit à nu le cœur, ce qui n'excita aucunement ses mouvements pulsatoires. L'oreillette droite se contractait et se dilatait avec énergie et régularité. A midi, le nombre des pulsations était de 40 par minutes ; à une heure quarante-cinq minutes, il y en avait cinq par minute. Les mouvements spontanés cessèrent à deux heures quarante-cinq minutes, et l'irritabilité ne disparut qu'à trois heures dix-huit minutes, plus de cinq heures après la pendaison. Bien que le docteur Clarck ne le dise pas, il est infiniment probable que le choc, entendu par l'auscultation avant l'ouverture du thorax, provenait des mouvements de l'oreillette droite et non des ventricules. »

Le second fait ressemble au premier, mais il n'y eut pas d'autopsie, puisque le supplicié se réveilla, tandis qu'on le transportait à la salle d'autopsie. « Il s'est passé à Pert, il est rapporté par Hofmann (Nouveaux Eléments de médecine légale, Paris 1880). Il s'agit encore d'un criminel condamné à la pendaison ; il portait autour du cou des ganglions qui neutralisaient en partie la constriction du nœud coulant qui l'enserrait. Quoi qu'il en soit, cet individu resta pendu pendant vingt minutes, un médecin constata la mort et le corps du supplicié fut transporté au galop dans un fourgon à la salle d'autopsie ; la distance du lieu du supplice à cette salle est assez longue. Quand le fourgon arriva, les médecins qui attendaient un cadavre, furent fort surpris de voir se dresser devant eux un individu que les regardait avec les yeux effarés : le pendu était

revenu à la vie. On télégraphia au ministère de la Justice pour savoir ce qu'il fallait faire, et le ministère répondit de surseoir et d'attendre. Il ne fallut pas attendre trop longtemps, car trois ou quatre heures après, le pendu mourait d'une congestion pulmonaire, due évidemment aux suites de la pendaison. »

Le fait suivant, assez récent (1880), est bien fait pour jeter l'effroi dans les esprits et troubler la conscience du médecin appelé à délivrer un certificat de décès. L'erreur, dans ce cas, a été commise par un professeur de médecine légale.

Il s'agissait d'un homme de vingt-six ans, pendu par autorité de justice. A deux reprises le docteur Sikor l'examina et déclara chaque fois que la mort était réelle. Le corps fut donc détaché de la potence et transporté dans un fourgon à l'hôpital où il devait être autopsié. Là, on constata que le supplicié exécutait des mouvements respiratoires et râlait, la bouche couverte d'écume ; bientôt après, on pouvait percevoir les pulsations radiales. Le supplicé vécut vingt-deux heures après avoir été dépendu, mais il ne reprit connaissance qu'imparfaitement et encore au dernier moment. « En ma qualité de professeur de médecine légale, dit Sikor, j'enseigne plusieurs fois par an à nos auditeurs, que le médecin ne saurait mettre trop de soin à constater la mort des pendus, des noyés, des nouveau-nés et pour prix de ma prévoyance et de mon zèle, c'est à moi qu'il arrive une aussi poignante aventure. » (Wiener med. Blätter, 1880.)

Nous lisons encore dans un livre de Brouardel « La Mort et la Mort subite », un fait qui lui est personnel et qui se produisit lorsqu'il était interne à la Pitié: « A ce moment, la salle de garde et la direction ne vivaient pas en très bons termes. On apporte, un jour, un petit fumiste de

13 ans, qui était tombé du sixième étage sur le pavé de la rue. L'accident était arrivé quai de la Tournelle ; on avait porté l'enfant chez un pharmacien qui avait déclaré qu'il était mort, et on l'avait amené à l'hôpital. Le directeur refusait de le recevoir parce qu'il était mort. Est-ce par intuition, est-ce pour faire pièce au directeur, je déclarai que l'enfant était vivant, quoique, à l'auscultation, le cœur ne donnât plus aucun bruit ; je le fis mettre dans un bain sinapisé, et j'eus la joie de le voir revivre ; il n'avait aucune blessure, aucune lésion ; seulement il ne se souvenait de rien. Messieurs, entre le moment où cet enfant est tombé et celui où il est entré dans la salle de l'hôpital, je présume qu'il s'est écoulé au moins une heure et demie. Songez qu'on l'a porté chez un pharmacien, qu'on l'a examiné, qu'on est allé chercher un brancard, qu'on a parlementé à la porte de l'hôpital. Cet enfant a eu une commotion cérébrale d'où il est sorti brusquement sans trouble extérieur. On l'aurait peut-être enterré vivant ; peut-être serait-il revenu à la vie auparavant ? Je l'espère, mais je n'ose vous dire que j'en sois sûr. »

Voici maintenant des faits beaucoup plus récents rapportés par le docteur Icard dans un article intitulé *Du danger de la mort apparente*. « Le plus sévère contrôle, dit-il, a présidé à leurs observations ; ils se présentent avec un tel cachet d'authenticité que nous les croyons de nature à porter la conviction dans les esprits les plus sceptiques. »

Le 23 mars 1902, à 9 heures du matin, Rouzeyrol Antoinette, célibataire, âgée de 25 ans, demeurant à Basteyroux, commune d'Argentat, fille d'Antoine et de Gardille Jeanne, cultivateurs, a été déclarée décédée le même jour à 3 heures du matin et de nouveau déclarée revenue à la

vie à 10 heures du matin. » (Extrait des registres de l'état-civil de la ville d'Argentat.)

Les registres de l'état-civil de la ville de Toulon (Var) portent que « l'acte de décès de la dame Marie Selve, enregistrée comme morte le 26 janvier 1897, a dû être annulé en vertu d'un jugement rendu par le tribunal civil le 2 mars de la même année ». La déclaration de décès de la dame Selve avait été faite à la mairie de Toulon suivant les règles administratives en usage dans cette ville, c'est-à-dire avec un certificat médical à l'appui attestant que la dame Selve était réellement morte. Or, celle-ci n'était qu'en état de mort apparente et ne mourut réellement que plusieurs jours après, ainsi que l'indiquent les registres de l'état-civil.

« Voici deux cas, ajoute Icard, dont l'authenticité est officielle : les incrédules n'ont qu'à consulter, ainsi que nous l'avons fait, les registres de l'état-civil d'Argentat et de la ville de Toulon, et ils y trouveront la preuve indéniable qui convient à leur scepticisme. »

A Argentat, les déclarations de décès sont acceptées sans certificat médical : la mort de la demoiselle Rouzeyrol n'avait donc pas été vérifiée par un médecin. Il n'en est pas de même pour le cas de la dame Selve ; le décès avait été déclaré réel sur l'affirmation du médecin.

Dans de nombreuses villes d'Allemagne, il existe des obitoires, c'est-à-dire des salles de dépôt, où l'on garde les morts jusqu'à l'apparition du signe évident de la putréfaction. D'après certains auteurs, on n'aurait jamais eu à enregistrer dans ces asiles de la mort « de ces résurrections dont on aime à effrayer l'imagination populaire ». « Personnellement, dit Icard, nous n'avons fait qu'une enquête très succincte dans ce pays, et nous avons pu néanmoins nous procurer l'observation d'un cas de résurrec-

tion survenue dans un obitoire, observation que nous pouvons donner comme authentique puisque, comme pour les cas cités plus hauts, les registres de l'état-civil en portent la mention officielle. Au reste, voici la lettre que nous a écrite à ce sujet, à la date du 4 novembre 1903, le bourgmestre de Ludwigshaffen-sur-Rhin, la ville de Bavière où le fait a été observé :

« En réponse à votre honorée, je m'empresse de vous dire que, le 13 juin 1903, on a porté, en effet, vers six heures du soir, au dépôt mortuaire de notre ville, un enfant de quatre jours qui, une heure après son transport au dépôt, donnait des signes de vie. Voici comment le fait s'est produit. Une ouvrière de fabrique allait chercher dans le courant de l'après-midi un médecin pour lui annoncer la mort de son enfant, qui avait eu lieu à neuf heures du matin. Le médecin examina l'enfant, trouva tous les signes de la mort, et, par conséquent, fit transporter le cadavre au dépôt. Après son retour à la vie, l'enfant fut rendu à sa mère, au domicile de laquelle on le rapporta, mais il mourut le même soir à dix heures. »

Le fait suivant est authentique dans ses moindres détails : il a été certifié à Icard par un témoin oculaire, l'abbé Guigou. Le digne prêtre peut, du reste, à l'appui de son dire, produire les registres de la paroisse, où l'on trouvera la preuve indéniable de la vérité de ce qu'il nous rapporte.

« Voici, tel qu'il s'est passé, le fait dont j'ai été témoin à l'époque où j'exerçais le ministère paroissial à la chapelle du Bon-Pasteur, au boulevard National (Marseille.)

» C'était en 1884, en pleine épidémie cholérique, au moment où le fléau sévissait avec intensité. Le 19 août, à 9 heures du soir, je fus appelé dans la famille Buriano, demeurant au boulevard National, numéro 153, auprès de la mère, âgée d'une soixantaine d'années, qui, atteinte

par la maladie, était à toute extrémité. Je me rendis aussitôt auprès de la malade, à qui, selon son désir, j'administrai les derniers sacrements, et je me retirai. Que se passa-t-il après mon départ ? Je l'ignore. Toujours est-il que le médecin délivra un certificat de décès sur le vu duquel je délivrai à mon tour un bulletin d'enterrement gratuit pour indigent. Toutes ces formalités durent se faire rapidement, conformément aux instructions de la municipalité, ordonnant d'opérer d'urgence les inhumations à cause du caractère contagieux de la maladie. A quelques heures d'intervalle, le lendemain matin, à 6 heures et demie, je fus appelé de nouveau dans la même famille, auprès de la fille de la personne que j'avais administrée la veille, laquelle à son tour avait été prise subitement par le mal. J'accourus en hâte. Pour accéder auprès de la malade, il fallait traverser une pièce où gisait, étendue sur son lit, la mère défunte, à laquelle je ne prêtai aucune attention, absorbé que j'étais par le devoir de mon ministère. J'administrai les sacrements à la fille moribonde, et la cérémonie terminée, je dus, pour me retirer, passer de nouveau par la chambre où se trouvait la morte. En entrant dans la pièce, dégagé de toute préoccupation, je jetai machinalement un regard sur la morte. Que ne fut pas mon saisissement en la voyant faire des mouvements. Je fis aussitôt remarquer le fait à la personne qui m'accompagnait. Nous nous approchâmes et nous constatâmes que celle qu'on croyait morte, et dont le décès avait été certifié, était encore en vie. Elle ouvrit les yeux, nous regarda, des râles et des sons inarticulés sortaient de sa poitrine : bref, nous dûmes finalement nous rendre à l'évidence. Nous nous trouvions en présence d'une personne encore vivante, dont j'avais à la sacristie, sur mon bureau, le permis d'inhu-

mer, émanant des pompes funèbres, pour 9 heures du matin. »

L'observation qui suit est personnelle à Icard :

« Le 17 janvier 1903, vers neuf heures et demie du matin, nous fûmes appelé dans un hôtel des plus fréquentés de Marseille, situé au centre même de la ville, pour constater le décès de la nommée Juglary Marie-Thérèse, lingère, âgée de 29 ans, originaire de Cogolin (Var). Nous ne pûmes nous rendre à l'hôtel que vers onze heures, et voici les renseignements qui nous furent donnés par le directeur de l'établissement : la demoiselle Juglary était entrée à l'hôtel comme pensionnaire, le 15 janvier au soir ; elle était infirme, percluse des deux jambes. La nuit n'avait pas été mauvaise. Le 16, elle n'avait rien accusé d'anormal et ne s'était plainte d'aucun malaise. N'ayant point à se louer de la personne chez qui elle avait habité jusque-là, et qu'elle avait instituée son héritière, elle avait mandé son notaire, Me Sayou, lequel était son compatriote, pour refaire son testament. Celui-ci s'était présenté le matin même, vers 8 heures 1/2, et, accompagné d'un garçon, était monté chez sa cliente. On frappe à la porte de la chambre : aucune réponse. Le garçon pénètre dans la chambre, et trouve la pensionnaire gisant dans son lit, inerte et insensible ; pas le moindre mouvement ; elle était bien morte, et le décès devait remonter très avant dans la nuit, puisque après la constatation du premier garçon, un deuxième garçon avait trouvé que le corps était froid et que les membres étaient raides. Le notaire, arrivé trop tard, s'était retiré : on avait informé de l'événement le commissaire de police du quartier, et on avait écrit à la famille, pour lui apprendre la triste nouvelle. On n'attendait plus que notre certificat pour procéder à l'enlèvement du cadavre ; et l'hôte-

lier, non sans une certaine mauvaise humeur, ajoutait que nous aurions dû mettre un peu plus d'empressement et délivrer immédiatement le certificat demandé, car nous ne devions pas ignorer tous les inconvénients que la présence d'un cadavre peut créer dans un hôtel : le corps aurait dû être enlevé dès le matin.

» Muni de ces renseignements, nous montons à la chambre de la défunte. La mort, au dire de l'hôtelier, devait avoir eu lieu dans le courant de la nuit. Nous fûmes étonné de trouver le corps encore chaud et les membres souples. Nous auscultâmes le cœur, et nous constatâmes la persistance des contractions cardiaques : celles-ci étaient faibles, il est vrai, mais nettement perceptibles. Le pouls, quoique très petit, battait régulièrement. Nous appliquâmes aussitôt un traitement approprié. La respiration redevenait apparente et, quelques instants après, la pseudo-morte rouvrait les yeux et répondait par des mouvements de tête à toutes nos questions. Bientôt nous causions ensemble, et la malade était complètement revenue de son état de mort apparente. »

Que serait-il advenu, en cette circonstance, si le médecin, appelé à constater le décès, eût signé le certificat sans examen du corps ou encore si le fait se fût produit dans une ville où le certificat médical n'est pas exigé par le bureau de l'état-civil ? Sûrement, à l'heure où le docteur Icard s'est présenté, la demoiselle Juglary eût été ensevelie, clouée dans son cercueil, peut-être même déjà inhumée, ou tout au moins transportée au dépositoire.

Enfin, nous terminerons par une observation que nous a transmise notre maître, M. le docteur Louge, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille. Il l'a recueillie lui-même en assistant aux cliniques du professeur Girard.

« Le regretté professeur Girard, de l'Ecole de médecine

(de Marseille), insistait souvent dans ses cliniques sur la nécessité d'une constatation sérieuse des décès. Les générations d'étudiants ont entendu de sa bouche cette histoire qu'il aimait, du reste, à raconter : « Je soignais, il y a bon » nombre d'années, un jeune malade atteint d'une fièvre » typhoïde grave. Les parents du jeune homme tenaient » un magasin dans la rue de Rome, et la chambre du » malade était située au troisième dans la même maison. » Un matin, à mon arrivée, je trouve la famille en pleurs ; » on avait préparé sur une table tout ce qu'il fallait pour » établir le certificat de décès, et les parents, les larmes » dans la voix, m'annoncèrent la mort de leur enfant. » J'adressai quelques paroles de consolation à la famille » et, suivant mon habitude, avant d'établir le certificat de » décès, je voulus le constater. Quel ne fut pas mon étonnement, en auscultant la région cardiaque, de percevoir des bruits très légers. L'enfant vit encore, m'écriai-je, donnez-moi vite de la moutarde, éteignez ce cierge, » enlevez vite tout ce qu'il y a ici de funèbre ; et, petit à » petit, les battements devinrent plus forts, l'enfant se » ranima, revint à la vie et guérit complètement après » quelques jours de convalescence... Cet enfant est aujourd'hui un grand gaillard superbe, et, toutes les fois » que je le rencontre, je lui dis en souriant : « Après » Dieu et ton père, c'est à moi que tu dois la vie ! »

Nous pourrions encore citer beaucoup d'autres faits non moins probants. Mais, tout ce que nous venons de dire suffit pour démontrer que la mort apparente est un phénomène incontesté et incontestable. Les exemples que nous avons donnés justifient toutes les craintes et légitiment les garanties de plus en plus sévères dont l'administration a entouré la vérification des décès.

### 2° Décès suspects ou criminels

Ce n'est pas seulement pour écarter le danger de la mort apparente que la loi et l'administration ont rendu obligatoire la vérification médicale des décès, c'est aussi pour ne pas laisser impunies certaines morts criminelles.

Les faits que nous venons de rapporter nous ont montré l'utilité incontestable, comme moyen préventif des inhumations prématurées, de la création dans les villes d'un service de vérification des décès. Les observations que nous allons présenter maintenant démontreront de même la nécessité d'une vérification médicale des décès et prouveront encore mieux que cette vérification médicale ne peut être faite que par des médecins spéciaux, assermentés, comme l'exige l'administration.

« Très souvent, dit Dufour, dans les quartiers ouvriers principalement, le médecin ne visite un malade qu'une fois ou deux ; on vient un jour lui demander un billet de décès, et il le délivre de son cabinet, à tout hasard, ne se souvenant pas la plupart du temps du diagnostic de la maladie et surtout n'allant jamais s'assurer de la réalité de la mort. Nous nous rappelons avoir été requis pour examiner le cadavre d'un enfant de vingt mois, qui était mort sûrement des suites de privations et de manque de soins. Un confrère de ce quartier pauvre avait, pour la modique somme de 2 francs, délivré un certificat de décès avec un diagnostic banal, sans avoir préalablement soigné cet enfant, ni visité le corps. »

Le médecin en agissant de cette manière, peut ainsi se rendre le complice involontaire d'un crime avec toutes ses conséquences. De même, s'il fait un examen du corps

par trop superficiel, surtout dans le cas d'un décès subit, et s'il délivre un certificat attestant la mort naturelle, il s'expose à de graves inconvénients, en dehors du reproche d'ignorance et d'impéritie qui lui sera toujours adressé.

Infanticide. — Délivrance d'un certificat de décès avec mention mort-né, par un médecin qui n'examine même pas le corps.

La femme X.., est appelée par la famille de la femme Y..., à donner des soins à celle-ci, qui vient de mettre au monde un enfant mort-né. L'accoucheuse ne remarque pas les traces de violence sur le corps de l'enfant et vient trouver le docteur Z..., pour obtenir de lui un certificat de décès. Le docteur le délivre de son cabinet avec mention : mort-né.

Un peu avant l'inhumation, une lettre anonyme parvient au Procureur de la République, lui faisant connaître que la femme Y... a étouffé son enfant. Une instruction est ouverte et l'autopsie démontre que cet enfant est né à terme, viable, qu'il avait respiré et que la mort était due à l'asphyxie par suffocation. La femme Y... fut poursuivie pour infanticide et acquittée en Cour d'assises.

— M. de Possel, juge d'instruction, requiert le docteur Dufour, médecin-légiste, pour se transporter à l'Hôtel-Dieu et y examiner, service du docteur Delanglade, le nommé X..., âgé de 20 ans, qui, au cours d'une rixe entre apaches, a été atteint par deux projectiles. La première balle a pénétré au niveau de l'apophyse épineuse de la huitième dorsale et l'autre au niveau de la région postéro-supérieure de la cuisse droite.

X... présente une paraplégie complète avec paralysie du rectum et de la vessie. Quelques jours après, des eschar-

res se forment au sacrum et le blessé se cachectise rapidement, au point qu'une issue fatale est à prévoir à brève échéance. Les amis et la famille de X..., ne voulant pas qu'il meure à l'hôpital, le font transporter à son domicile, dans une ruelle des vieux quartiers de Marseille, et le docteur Y... est appelé à l'examiner. Celui-ci trouve le blessé couché sur un grabat, dans un taudis. Aux questions qu'il pose sur le début de la maladie, l'entourage se garde de faire connaître que X... a été atteint par deux balles de revolver qui n'ont pas été extraites et dont une a intéressé la moelle épinière. Le docteur Y... croit avoir en face de lui un tuberculeux à la dernière période. Quelques jours après on vient lui réclamer un billet de décès pour le malade, qu'il n'a vu qu'une seule fois.

Le docteur Y... rédige, de son cabinet, le certificat de décès, avec la mention : tuberculose pulmonaire.

X... est inhumé, sans que le parquet ait été prévenu de la mort et ait fait pratiquer l'autopsie.

Ce n'est qu'un mois et demi après, que M. de Possel, juge d'instruction, chargé de l'affaire, est mis au courant de la mort de X... et du libellé du billet de décès délivré par le docteur Y...

Celui-ci est entendu comme témoin, ainsi que le professeur Delaglande, qui est prêt à affirmer en Cour d'assises que X... n'était pas tuberculeux et que sa cachexie reconnaissait exclusivement la lésion de la moelle épinière, observée dès son entrée à l'hôpital.

L'autopsie après exhumation n'est pas ordonnée et, en Cour d'assises, les docteurs Dufour et Delanglade, qui avaient examiné X... durant sa vie, n'eurent pas de peine à convaincre le jury qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculose, mais d'une myélite consécutive à la fracture d'une vertèbre par un des projectiles.

L'auteur de ce meurtre fut condamné à vingt ans de travaux forcés.

Le docteur Y..., cité comme témoin se fit excuser par un certificat régulier de maladie.

Les deux faits que nous venons de citer sont inédits. En voici d'autres qui sont rapportés par le Dr Dufour, dans son *Mémoire sur la constatation des décès en France* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* février 1899).

Un pharmacien de la rue de Rome est assassiné en plein midi, dans son officine ; deux médecins du voisinage sont d'abord appelés et constatent seulement l'existence d'une large plaie du cuir chevelu. Ils l'attribuent à un accident et l'expliquent en disant, qu'étant monté sur une échelle pour prendre un bocal, le pharmacien a dû se laisser choir et a heurté, dans sa chute, le comptoir de marbre, en se faisant une plaie à la tête avec fracture probable du crâne. Or, en déshabillant le corps, on découvrit une large plaie, faite par un instrument tranchant, de la région thoracique postérieure gauche, et l'autopsie révéla que l'arme avait perforé le poumon, déterminant une hémorragie mortelle.

Les deux observations suivantes, qui sont encore rapportées par Dufour, sont encore plus caractéristiques :

Observation première. — Le 4 janvier 1895, une dame Van M..., âgée de 50 ans, vivant seule, est trouvée morte dans l'escalier intérieur de son appartement, rue Lacépède, 16, à Marseille. Les voisins appellent immédiatement un médecin du quartier, qui constate la réalité de la mort et ne pousse pas plus loin ses investigations. Se

basant sur l'aspect vultueux et cyanosé de la face, il conclut (!) à une congestion cérébrale occasionnée par le froid. Certains indices ayant attiré l'attention de la justice, nous sommes requis pour examiner le cadavre. Le visage est, en effet, très congestionné ; il existe des ecchymoses sous-conjonctivales, du piqueté hémorragique des joues. Les lèvres sont violacées et la langue pend entre les arcades dentaires. Le corps est recouvert de ses vêtements ; un boa en plumes est soigneusement enroulé autour du cou. Nous l'enlevons, et nous constatons des érosions et ecchymoses suspectes sur les régions latérales du cou. L'autopsie révéla des fractures de la grande corne gauche de l'os hyoïde et des deux cornes supérieures du cartilage thyroïde et des extravasations sanguines très étendues dans les muscles sus et sous-hyoïdiens, etc. Cette femme avait été strangulée et le vol était le mobile du crime.

Obs. II. — Le 2 novembre 1895, nous sommes requis pour examiner le cadavre de la nommée Joséphine D..., âgée de 52 ans, demeurant rue Bernard-du-Bois, 56, à Marseille.

D'après les renseignements fournis par la famille, la défunte souffrait de douleurs à la matrice, et avait été examinée par un médecin du quartier, lequel n'avait rien diagnostiqué de grave. Le traitement prescrit n'amenant pas d'amélioration, une empirique est consultée et la soigne à son tour, mais en vain, car la nommée D... meurt rapidement. Le médecin appelé en premier lieu délivre un billet de décès avec un diagnostic banal et sans avoir examiné sérieusement le corps, qui lui est présenté tout habillé.

Une dénonciation anonyme au Parquet amène notre intervention.

Le cadavre, lors de notre examen, est étendu sur un lit, entièrement revêtu de ses habits. Rien d'anormal sur la face, le cou, le thorax, l'abdomen.

En explorant la région dorso-lombaire, nous apercevons les deux fesses noires, carbonisées ; tout le périnée a la même teinte et il s'agit, à n'en pas douter, de brûlures des 2e et 3e degrés.

Les personnes présentes paraissent terrifiées de notre découverte et répondent de la façon suivante à nos interrogations.

L'empirique avait prescrit à la défunte des fumigations ; on avait pris pour cela une chaise dont la paille avait été enlevée et la malade avait été assise dessus, ayant entre les jambes un réchaud, rempli de charbons sur lesquels on avait jeté des aromates. Que s'était-il passé ensuite ? Le feu s'était-il communiqué aux robes ou bien la chaleur de rayonnement avait-elle produit ces brûlures étendues ? Toujours est-il que cette femme mourait le surlendemain. L'autopsie révéla des congestions pulmonaires et viscérales qui avaient sûrement entraîné la mort. L'utérus n'offrait pas de lésions sérieuses.

Dans les villes où il n'existe pas de service de vérification, le médecin traitant a une tâche fort difficile. Il est facilement trompé par les parents lorsqu'il s'agit d'un suicide ou d'un décès criminel. Il ne se méfie pas et, d'ailleurs, lui est-il possible de mettre en doute l'honnêteté de son client ? Peut-il vraisemblablement se livrer à un examen minutieux du corps, qui paraîtrait déplacé et offensant pour la famille ? S'aperçoit-il de symptômes suspects qui ne lui permettent pas de délivrer le certifi-

cat de décès, quelle doit être sa conduite ? Doit-il prévenir la justice ? « Nous n'hésitons pas à dire non, dit Dufour ; il existe, en effet, dans toute dénonciation, quel qu'en soit le but, un côté répugnant qui ne saurait s'accorder en aucun cas avec la délicatesse et la dignité professionnelle. » Le médecin traitant doit purement et simplement refuser le certificat qu'on sollicite de lui et conseiller à la famille de prévenir l'autorité judiciaire. C'est la conduite que tinrent deux docteurs de Marseille, les docteurs Isnard et Froment, lors de la fameuse affaire Cauvin.

Les considérations précédentes ne s'appliquent pas au médecin de l'état-civil, qui, lui, est entièrement libre et indépendant vis-à-vis des familles et, par suite, tenu à moins de réserve.

Sans doute, il ne se livrera pas à des investigations qui paraîtraient brutales et injurieuses pour les parents, et qui rendraient son ministère fort difficile, mais médecin-vérificateur assermenté, muni d'une fonction officielle, il a le droit et le devoir d'examiner discrètement certaines régions comme le cou, la région précordiale ; il ne doit pas se contenter d'être seulement un médecin inspecteur des vêtements. Sa tâche est rendue facile grâce à son titre et les familles acceptent ses investigations comme une formalité obligatoire.

Sa ligne de conduite est très simple. Trouve-t-il des signes suspects ? Il les consigne sur le bulletin de constatation de décès ; l'autorité municipale se charge ensuite de prévenir la justice.

C'est le moment de rappeler l'affaire Boisleux et de la Jarrige.

Le sieur Mansuy, dit l'acte d'accusation, ancien professeur d'équitation, était marié et domicilié à Châtenay

(Seine-et-Oise). Il avait pour maîtresse la demoiselle Thomson.

Au mois d'août 1896, elle crut s'apercevoir qu'elle était enceinte et, presque aussitôt, craignant de perdre la place bien rétribuée qu'elle occupait, elle forma le projet de se faire avorter.

Elle fit part de son projet à son amant qui, après de faibles objections, y donna son adhésion.

Il était lié avec le docteur de la Jarrige, médecin à Montreuil-sous-Bois, tenant aussi cabinet de consultation à Paris.

Il conduisit la demoiselle Thomson chez le docteur de la Jarrige. Celle-ci lui ayant parlé de ses craintes de grossesse, le docteur indiqua un médecin spécialiste, le docteur Boisleux, qui, au moyen d'un simple curettage, opération facile et sans dangers, ferait disparaître la cause de ses inquiétudes.

Mlle Thomson entre le 23 novembre chez Boisleux Elle était alors enceinte de quatre mois.

Le docteur Boisleux commence le curettage. La curette ramène des débris de fœtus; mais, en cherchant à retirer la tête, il perfore l'utérus. Il fallait faire une laparotomie. Malgré l'opération, Mlle Thomson mourut de péritonite le 26 novembre, à une heure de l'après-midi.

Le permis d'inhumer fut refusé par le docteur Poirier, médecin de l'état-civil, et le docteur Douville, médecin-inspecteur des décès.

Boisleux attribuait la mort à une fièvre purulente, La Jarrige à une embolie.

Si le docteur Boisleux eût opéré à Marseille, ou dans toute autre ville ne possédant pas de service de médecins de l'état-civil, il aurait délivré lui-même le billet de décès et n'aurait jamais été inquiété.

Qu'il nous soit permis de dire, à ce sujet, qu'un service de médecins d'état-civil est particulièrement nécessaire dans les grandes villes où se sont fondées depuis quelques années un certain nombre de cliniques chirurgicales, obstétricales, etc.

« La plupart d'entre elles, dit Dufour, sont dirigées par des confrères dont le nom seul est synonyme d'honorabilité et de savoir ; ceux-là sont au-dessus de tout soupçon, et ne sauraient trouver d'inconvénient à ce qu'un médecin d'état-civil vienne chez eux vérifier les décès, lorsqu'il s'en produit. Mais il en est d'autres, que l'on cite comme des établissements louches, où des confrères peu scrupuleux font de la chirurgie et de la gynécologie un commerce douteux et parfois dangereux pour eux-mêmes. »

La pléthore médicale, l'encombrement de notre carrière, expliquent la création de ces établissements, qui vivent à grands renforts de réclame et où le malade qui s'y aventure est toujours bon à opérer, fût-il atteint d'un mal inopérable ou même d'un mal imaginaire. S'il n'existe pas de médecins vérificateurs, c'est l'impunité assurée en cas de mort, car l'opérateur signe lui-même le certificat de décès de sa victime. « C'est pour ces confrères-là, dit Dufour, que la crainte du médecin de l'état-civil serait le commencement de la sagesse ou plutôt de l'honnêteté. »

La nécessité d'un service de médecins vérificateurs assermentés est encore bien démontrée par l'affaire Siredey.

Voici les faits : Un médecin a constaté, en peu de temps, deux faits d'intoxication d'origine thérapeutique imputables à un confrère, peu au courant de la posologie car il aurait prescrit à un enfant de quatre mois 40 gout-

tes de teinture de digitale, et 40 grammes de sirop de narcéine à une enfant de sept mois. Dans les deux cas, la mort se produisit rapidement.

Une enquête discrète permit de constater que ce médecin était coutumier de ces doses excessives chez les enfants, et que les pharmaciens du quartier, pour ne pas s'exposer à des accidents, remplaçaient généralement ses prescriptions par d'autres anodines. On a fait prévenir le médecin en question, par un de ses parents, des résultats de ses ordonnances, et il aurait répondu qu'il savait ce qu'il faisait et n'avait nul besoin de conseils.

Quelle doit être, en pareil cas, la conduite du médecin qui a constaté ces empoisonnements ? Son silence ne risque-t-il pas de faire de lui un complice ? Siredey ayant été consulté sur la conduite à tenir par un médecin, ne voulut pas conseiller à son jeune confrère de se transformer en dénonciateur, mais il demanda à la Société de médecine légale d'indiquer ce que l'on devrait faire en pareil cas.

Dans sa séance du 12 juillet 1909, la Société discuta la question. La plupart des membres furent d'avis que, dans de telles circonstances, la conduite à tenir était de mettre en garde le médecin de l'état-civil. « La conduite à tenir, dit Grandjux, consiste dans l'avis donné au médecin de l'état-civil que l'on n'a pu connaître la cause de la mort. Le confrère ainsi avisé sait ce qui lui reste à faire. »

« La loi a très nettement défini le rôle du médecin de l'état-civil, dit Descouts ; c'est à lui qu'incombe le soin de déterminer la cause du décès, et pour cela, s'il remplit son devoir, il doit s'entourer des renseignements nécessaires sur la cause de la mort, et notamment demander à la famille qu'on lui remette les ordonnances du mé-

decin traitant. Dans ces conditions, il pourra constater de lui-même les doses exagérées qui ont été prescrites. »

En résumé, il résulte de cette étude que la constatation des décès suspects ou criminels doit être confiée à des médecins spéciaux, assermentés. Par conséquent, il faut que les mesures administratives soient rigoureusement suivies ; et, de la sorte, non seulement nous écarterons le danger de la mort apparente, mais encore nous ne laisserons échapper aucune circonstance pouvant mettre sur la trace d'un crime.

# CHAPITRE III

## COMMENT ON SUIT LES PRESCRIPTIONS DE LA LOI

Pour l'étude de ce chapitre, on ne pourrait mieux faire que de s'adresser à ceux à qui incombe le soin de faire respecter la loi. C'est ce que nous avons fait. Notre enquête a porté sur tous les départements, et nous allons en donner le résultat. Qu'il nous soit permis, auparavant, de remercier MM. les préfets d'avoir bien voulu nous communiquer les renseignements demandés.

### La Constatation des décès en France

ENQUÊTE FAITE DANS TOUS LES DÉPARTEMENTS

*Seine.* — Paris est la première ville de France qui ait organisé un service de vérification des décès. Un arrêté du préfet de la Seine, en date du 21 vendémiaire de l'an IX, ordonne de faire visiter les personnes décédées par un officier de santé ; un autre arrêté, du 2 juin 1806, prescrit de ne prendre ces médecins que parmi ceux du bureau de bienfaisance.

Un comité de médecins inspecteurs fut institué par arrêté du 15 avril 1839.

Enfin, un arrêté du 6 février 1882 a déterminé définitivement le mode de nomination des médecins de l'état civil, qui sont choisis par le préfet sur la présentation,

par le Conseil municipal, de quatre candidats, dont deux médecins du bureau de bienfaisance et deux médecins inspecteurs des écoles.

Chaque arrondissement est divisé en circonscriptions, dont le nombre varie avec l'importance de la population.

Il y a en tout 87 médecins de l'état civil. En outre, il existe 6 médecins inspecteurs, chargés de contrôler les opérations de leurs confrères.

Les médecins de l'état civil reçoivent comme honoraires trois francs par constatation, ce qui leur produit au minimum 1.800 francs et au maximum 4.000 fr. par an.

Les médecins inspecteurs ont un traitement fixe de 4.500 francs.

*Aisne.* — Il existe dans la ville de Saint-Quentin (52.768 habitants), depuis le 24 décembre 1832, un service de l'état civil auquel est attaché un médecin qui se rend à domicile sur la réquisition du maire, pour constater les décès. Le traitement était de 400 francs en 1832 ; il est actuellement de 1.800 francs.

*Alpes-Maritimes.* — A Nice, deux docteurs sont chargés de la constatation des décès.

*Aude.* — Un service de médecins d'état civil existe à Carcassonne depuis 1887. Il est assuré par trois médecins. Le traitement de chacun est de 1000 francs par an.

A Castelnaudary, un service de médecins d'état civil a existé de tout temps. Ces médecins ont chacun 400 francs de traitement.

A Narbonne, il existe un service de médecin d'état civil depuis plus de 30 ans. Ce médecin a comme traitement 2.400 francs.

A Limoux, un service de médecins d'état civil existe depuis janvier 1909. Ce service est gratuit.

*Basses-Pyrénées.* — Il n'existe pas de service de médecins d'état civil à Pau.

A Biarritz, ce service existe depuis 25 ans. Le traitement du médecin de l'état civil est de 1000 francs.

A Bayonne, un service de médecin d'état civil existe depuis 1857. Le traitement du médecin est de 1.500 francs par an.

*Territoire de Belfort.* — Seule, la ville de Belfort a organisé un service de constatation des décès. La rémunération du médecin chargé du service, est de 2.000 fr.

*Bouches-du-Rhône.* — A Marseille, il n'existe pas de service de médecins de l'état civil.

Aix (28.000 habitants) est pourvue d'un service de vérification assurée par deux médecins.

Arles possède également un service de médecins d'état civil.

*Cantal.* — Un service de médecins d'état civil fonctionne à Aurillac depuis 30 ans. Le traitement du médecin est de 400 francs par an.

*Charente.* — La constatation des décès est régulièrement assurée à Angoulême par quatre médecins fonctionnant à tour de rôle et se relevant chaque mois. Ils reçoivent chacun une indemnité annuelle de 350 francs.

Ce service a été organisé le 15 octobre 1903.

*Cher.* — Bourges. Le service de médecins d'état civil n'existe plus depuis le 1er janvier 1909 ; les médecins estimaient que le prix de 1 fr. 50 accordé aux médecins de l'état civil pour constatation de décès était insuffisant.

d'autant que certains d'entre eux étaient chargés de se transporter très loin pour cette somme. Quelques années auparavant, le tarif alloué aux médecins de l'état civil était de 2 fr. 50 par décès.

« Une majoration du tarif actuel, disent les médecins de Bourges, paraît d'autant plus à propos que l'intention de la municipalité est aujourd'hui de faire supporter par les familles les frais de constatation de décès. Dans ces conditions, les médecins de Bourges demandent deux solutions : 1° Un prix à forfait de 3 francs par constatation de décès dans la commune de Bourges ; 2° un prix de 2 fr. 50 par constatation de décès dans le périmètre accepté par les médecins du Cher depuis 1901, plus 1 franc par kilomètre en dehors de ce périmètre. »

Sancerre. Il existe un médecin de l'état civil qui reçoit 25 francs par an.

Melun-sur-Yèvre. Les déclarations de décès sont faites sans aucune constatation médicale.

*Côte-d'Or.* — Il existe à Dijon un service de vérification de décès dont l'organisation est assez curieuse. Voici ce que dit l'article 38 du règlement du service municipal de santé de Dijon : « Tout docteur ou médecin français établi à Dijon, qui aura accepté de constater les naissances et de vérifier les décès survenus sur tout le territoire de la commune, et qui aura, en conséquence, apposé sa signature sur un registre ouvert chaque année, au secrétariat de la mairie, du 15 au 30 novembre, prendra le titre de médecin de l'état civil, et en exercera les fonctions. » Et plus loin, article 43 : « La famille intéressée aura toujours le droit de choisir, sur la liste des médecins de l'état civil, celui de ces praticiens à qui elle désirera confier le soin de la constatation de la naissance ou du décès. »

Cette organisation, unique en France, offre des inconvénients graves au point de vue de la constatation des morts criminelles.

*Deux-Sèvres.* — La ville de Niort, seule, possède un service de médecins de l'état civil. Ce service existe depuis plus de 60 ans. Il est confié à deux docteurs assermentés, un par canton, qui reçoivent chacun une indemnité annuelle de 300 francs.

*Doubs.* — Besançon possède un service de vérification assuré par deux médecins.

*Drôme.* — Un service de médecins d'état civil existe dans diverses villes du département.

*Gironde.* — Bordeaux possède un service de médecins d'état civil. Depuis 1896, les médecins de l'état civil cumulent leurs fonctions avec celles de médecins de la police.

*Haute-Garonne.* — Il existe à Toulouse un service de vérification des décès, assuré par cinq médecins, qui sont en même temps chargés du service médical des mœurs, et jouissent d'un traitement annuel de 3,600 francs.

*Haute-Loire.* — La ville du Puy est la seule ayant un médecin d'état civil. Il reçoit 500 francs par an. Ce service fonctionne depuis le 1er janvier 1901.

Depuis 1908, le permis d'inhumer est délivré contre un certificat de décès de n'importe quel médecin de la localité.

*Hautes-Pyrénées.* — Il existe un service de médecins d'état civil à Tarbes et à Lourdes.

A Tarbes, ce service existe depuis trois ans. Il est assuré par deux médecins à tour de rôle. Ces médecins reçoivent 400 francs chacun.

A Lourdes, ce service existe depuis le 1er janvier 1893. La constatation est faite indistinctement par tous les médecins de la localité. Chaque constatation donne lieu au paiement d'une somme de 2 francs prélevée sur le crédit de 500 francs ouvert à cet effet sur le budget primitif.

*Haute-Savoie.* — A Annecy, un médecin est spécialement chargé de la vérification des décès, pour laquelle il touche une indemnité annuelle de 600 francs. Ce service a été créé sous le régime sarde, par délibération du Conseil de ville du 3 décembre 1857. Il fonctionne depuis le 1er janvier 1858.

*Haute-Vienne.* — Limoges possède un service de médecins d'état civil, comprenant trois médecins.

*Hérault.* — A Montpellier, le service de vérification des décès est assuré par trois médecins qui sont en même temps chargés du service des mœurs et de l'inspection des écoles.

*Indre-et-Loire.* — Tours possède un médecin d'état civil.

*Lot.* — La ville de Cahors avait un service de médecins d'état civil. Ce médecin touchait 600 francs. Ce service a été supprimé par le maire de Cahors, docteur X...

*Lot-et-Garonne.* — A Agen fonctionne depuis plus de 50 ans un service de médecin d'état civil, chargé de constater les naissances et les décès. Le médecin d'état civil touche 3.000 francs par an.

Depuis deux mois, c'est-à-dire depuis la mise en fonctionnement du bureau municipal d'hygiène, nouvellement créé à Agen, le service de constatation des naissances et des décès, outre les autres charges de sa fonction, est assuré directement par le directeur de ce bureau. Les appointements annuels de ce directeur sont de 4000 francs.

*Marne.* — Cinq villes ont un service spécial. Reims est divisé en huit sections ; chacune de ces sections a, pour la constatation des décès, son médecin de l'état civil qui touche un traitement annuel de 1.000 francs.

Fère-Champenoise a deux médecins qui touchent une indemnité de 2 francs par constatation.

Châlons, Vitry-le-François et Mourmelon-le-Grand ont chacune un médecin spécial ; les traitements affectés à ces praticiens sont respectivement de 1.200 francs, 300 francs et 400 francs.

*Meurthe-et-Moselle.* — A Nancy, huit médecins cumulent les fonctions de médecins de l'état civil avec celles de médecins du bureau de bienfaisance. Leur traitement varie de 1.200 à 1.800 francs.

*Morbihan.* — La constatation des décès ne se fait que dans deux villes du département, à Lorient et à Vannes, de la façon suivante :

A Lorient, ce service est organisé depuis le 1er août 1909. Les familles sont tenues de fournir, au moment de la déclaration du décès, un certificat du médecin traitant faisant connaître la cause de la mort. A défaut, l'officier de l'état civil prévient le service du bureau d'hygiène à l'aide d'un bulletin qui nécessite une réponse. Une somme de 1.000 francs est attachée à ce service.

A Vannes, le service fonctionne depuis le 1er août 1909. Toute déclaration de décès est accompagnée d'un certificat médical, lequel est délivré dans les formes ci-après :

A. Pour les indigents, le directeur du bureau municipal d'hygiène, sans rémunération spéciale, constate le décès et délivre un certificat sur imprimé.

B. Pour les personnes non indigentes, le certificat de décès est délivré ordinairement par le médecin traitant

ou tout autre docteur, lequel est directement rémunéré par la famille.

*Nord.* — Lille est dotée d'un service de vérification des décès.

*Nièvre.* — Un service de constatation des décès a été créé à Nevers, le 1er juillet 1909. Le directeur du bureau municipal d'hygiène, docteur en médecine, est chargé de ce service.

*Orne.* — Il existe deux villes ayant un service de médecins d'état civil : Alençon et Mortagne. Ces villes accordent au médecin chargé de ce service la première, une rétribution de 600 francs, la seconde, une de 100 francs.

*Pas-de-Calais.* — Il existe un service de médecins d'état civil dans diverses villes.

*Puy-de-Dôme.* — A Clermond-Ferrand, il existe un service de médecins d'état civil. Ce dernier est fait par trois médecins également chargés du service de l'assistance médicale gratuite. Chacun d'eux a une circonscription de Clermond-Ferrand. Deux de ces praticiens touchent 1.500 francs, dont 600 francs pour l'état civil, le troisième 1.200 francs, dont 400 francs pour l'état civil.

*Saône-et-Loire.* — Le Creusot possède un service de médecins d'état civil, constitué par un arrêté municipal du 10 juin 1875. Ce service est assuré par trois médecins qui alternent chaque mois. Ils reçoivent chacun 200 fr.

Montceau-les-Mines. Pas de service de médecins d'état civil. Ce service est compris dans les attributions du directeur du bureau municipal d'hygiène, qui touche pour l'ensemble de son service, un traitement de 1.800 francs.

Châlons-sur-Saône. Un service de médecins d'état ci-

vil existe depuis 1862. Ce médecin reçoit 500 francs par an pour ce service.

*Seine-Inférieure.* — Il existe un service de médecins d'état civil dans trois villes.

Dieppe. Il était autrefois assuré par un médecin qui recevait un traitement annuel de 1.200 francs. Actuellement le service est confié au directeur du bureau d'hygiène. Le traitement du médecin de l'état civil a été scindé avec celui du directeur qui touche actuellement 3.600 fr. par an.

Le Havre. Ce service existe depuis la fondation du bureau d'hygiène le 29 mars 1879. Ce sont les médecins du bureau d'hygiène qui assurent ce service. Ils sont trois médecins. Ils ont 2.500 francs et ont à faire : constatation des décès et naissances, inspection des écoles, vaccinations.

Fécamp. Le service est fait par deux médecins. Ils ont 250 francs par an chacun.

Rouen, 107.000 habitants, n'a pas de service de médecins d'état civil.

*Seine-et-Oise.* — Un service de médecins d'état civil fonctionne dans quelques communes.

*Somme.* — Il existe à Amiens un service de médecins d'état civil. Huit médecins sont affectés à ce service. Leur traitement est de 1.100 francs par an.

### *Départements où il n'existe aucune commune de service de médecins d'état-civil*

Ain, Allier, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aube, Aveyron, Basses-Alpes, Calvados, Charente-Inférieure, Corrèze, Corse, Côtes-du-Nord, Creuse, Dordogne, Eure, Eu-

re-et-Loir, Finistère, Gard, Gers, Hautes-Alpes, Haute-Marne, Haute-Saône, Ille-et-Vilaine, Indre, Isère, Jura, Landes, Loire, Loiret, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Lozère, Maine-et-Loire, Manche, Mayenne, Meuse, Oise, Pyrénées-Orientales, Rhône, Sarthe, Savoie, Seine-et-Marne, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne.

Ainsi, dans toute la France, une cinquantaine de villes seulement se sont conformées aux prescriptions de la loi et ont confié à des médecins de l'état civil le soin de la vérification des décès.

Parmi les villes importantes qui ne sont pas dotées d'un tel service, il faut citer : Marseille, Lyon, Nantes, Rennes, Brest, Nimes, Toulon, Saint-Etienne, Rouen, Grenoble, Angers, Saint-Brieuc, Troyes, Pau, etc.

Nous nous contenterons de faire remarquer que, tandis qu'à Marseille, à Lyon, à Nantes, etc., l'état-civil se contente d'un simple certificat du médecin traitant pour délivrer le permis d'inhumer, dans les villes de second et troisième ordre, comme Limoges, Amiens, Aix-en-Provence, Vitry-le-François, ce permis n'est donné qu'après la visite du médecin de l'état-civil.

En résumé, nous avons à considérer : 1° Les villes où il existe un service de vérification ; 2° les villes qui n'exigent qu'un certificat du médecin traitant ; 3° les villes qui ne demandent aucun certificat.

1° *Villes où existe un service de médecins d'état-civil.* — Ces villes se sont conformées aux prescriptions de la loi. Mais, malheureusement ici, il faut songer à l'incurie des médecins. Cette incurie est si manifeste que les pouvoirs publics n'ont pas craint de la signaler en diverses

circonstances. Rappelons à ce sujet la circulaire préfectorale du 25 juillet 1844, citée dans le chapitre Ier.

La négligence du médecin vérificateur avait été flagrante en certains cas et on trouve dans les auteurs de nombreuses observations où le médecin vérificateur, après un examen tout à fait superficiel, avait certifié la mort réelle, alors qu'un examen plus sérieux lui eût démontré que la mort n'était qu'apparente.

Il en est de même aujourd'hui. Voici la lettre que nous avons reçue du docteur X..., maire de Cahors :

« La ville de Cahors (30.000 h.) avait un médecin de l'état-civil chargé de constater décès et naissances. Ce fonctionnaire touchait 600 francs de traitement. Il est mort récemment et je n'ai pas cru devoir lui donner un successeur. D'ailleurs, j'estime qu'avec un traitement aussi minime, on ne peut exiger d'un médecin qu'il se rende au domicile des décédés dans toute l'étendue de la commune, y compris les sections rurales. Et, en fait, la ville donnait 600 francs à un médecin dont la besogne consistait à établir à son propre domicile, sous la dictée des parents, un bulletin de décès que celui-ci portait à la mairie : voilà comment les décès étaient constatés. »

Cette négligence dans le service de vérification n'est malheureusement que trop fréquente et très souvent la visite du médecin de l'état-civil ressemble un peu trop à une simple visite de condoléance.

2° *Villes qui n'exigent que le certificat du médecin traitant.* — Si la vérification des décès est faite avec si peu de soin par des médecins choisis spécialement dans ce but et recevant un traitement attaché à la fonction, quelle ne devra pas être la négligence des autres médecins qui, sans y être contraints par la loi, font une dernière visite, uni-

quement pour donner satisfaction à un usage et considèrent le certificat de décès comme une pièce administrative, au bas de laquelle ils doivent apposer leur signature pour remplir une formalité. Toute la vérification se résume, comme cela arrive trop souvent pour le médecin de l'état-civil, à saluer l'assistance et à jeter un vague coup d'œil sur le corps du supposé décédé. Bien plus, la plupart du temps, le certificat de décès est délivré sans examen préalable, sans que le médecin daigne même se rendre au domicile du défunt.

Il est vrai que cette dernière visite est très désagréable pour le médecin et on comprend que plusieurs essaient de s'y soustraire ; mais le devoir doit passer avant toute question d'amour-propre. Souvent aussi, la négligence du médecin vient de la conviction qu'il a de l'issue fatale de la maladie : son client ne peut échapper au mal qui le tue lentement tous les jours, et lorsqu'on vient lui annoncer la mort, celle-ci avait été prévue dans son esprit, et il se croit dispensé de faire une dernière visite pour s'assurer de la réalité d'un décès, dont la certitude ne laisse aucun doute dans son esprit.

Mais il y a encore plus fort, et l'incurie du médecin est alors sans excuse. « Nous avons été appelé accidentellement, dit Icard, il y a quelques années, à visiter un enfant que soignait jusque-là un médecin de Marseille, réputé à juste titre très savant et très consciencieux. Or, celui-ci, jugeant le cas désespéré, avait signé, par provision, le certificat de décès de l'enfant, lequel, d'après lui, devait mourir le lendemain. Il était parti si convaincu de la sûreté de son pronostic qu'il n'était plus retourné auprès de son petit malade. L'enfant vécut encore plusieurs jours, et c'est nous-même, qui, en l'absence du médecin, avons signé le certificat de décès. Nous gardons comme pièce à

conviction le certificat signé en blanc par le confrère, certificat sur lequel la mère devait écrire l'heure exacte du décès de son enfant. »

D'ailleurs, à supposer que le médecin traitant fasse cette constatation avec toute la conscience possible, il ne faut pas oublier que la vérification porte sur les causes de la mort, en même temps que sur sa réalité.

Nous avons démontré, dans le chapitre précédent, qu'il était impossible au médecin traitant de mettre en doute l'honnêteté de sa clientèle et de se livrer à un examen minutieux du corps, examen qui paraîtrait déplacé et offensant pour la famille.

De plus, il faut envisager le cas où le médecin, comme il en existe de déplorables exemples, pourrait avoir lui-même prêté les mains à une action criminelle.

En somme, on peut dire que le certificat de décès du médecin traitant n'a aucune valeur. C'était, d'ailleurs, la conclusion du chapitre précédent.

3° *Villes qui n'exigent aucun certificat.* — Nous étudierons en détail cette question au chapitre VI.

La conclusion de ce chapitre est que les prescriptions de la loi ne sont pas suivies ; on pourrait dire, sans crainte d'exagérer, que la vérification médicale des décès telle que l'exige la loi n'existe ni à la ville, ni à la campagne.

## CHAPITRE IV

### CE QU'IL FAUDRAIT FAIRE POUR OBTENIR QUE LES PRESCRIPTIONS DE LA LOI FUSSENT SUIVIES

L'objet de notre thèse était de démontrer la nécessité de créer, dans les villes et dans les campagnes, un service de médecins vérificateurs des décès. Nous avons, je crois, suffisamment prouvé l'utilité incontestable de ce service, tant au point de vue des inhumations prématurées, que de la reconnaissance des morts criminelles. Nous avons également montré que les prescriptions de la loi n'étaient pas suivies dans la plupart des villes et que, d'ailleurs, celles qui s'étaient mises en règle avec la loi se plaignaient souvent de la négligence des médecins vérificateurs.

Notre tâche ne se bornera pas là : nous allons maintenant prouver la nécessité d'imposer au médecin vérificateur la pratique d'une épreuve et nous indiquerons quelle sera cette épreuve.

Pour que la vérification des décès soit vraiment efficace et cesse enfin d'être une simple formalité, l'autorité ne doit pas se contenter de déclarer purement et simplement que la constatation des décès doit être faite par le médecin, elle doit encore indiquer les moyens les plus propres à rendre sûre cette constatation, et même imposer l'emploi de ces moyens. Sans cette précaution, tout rè-

glement destiné à assurer la vérification des décès manquera complètement le but. Bientôt, en effet, le médecin, se familiarisant avec son service et oubliant toute l'importance de la grave mission qui lui est confiée, cessera de se déplacer, et retombant dans l'ancienne routine, recommencera à certifier la réalité de la mort sur la seule affirmation d'un parent ou d'un voisin du défunt.

« Aux erreurs inhérentes aux difficultés mêmes de la constatation des décès, il faut ajouter, dit la circulaire du préfet de la Seine (25 juillet 1884), les difficultés qui peuvent naître des entraînements, de l'habitude, de l'indifférence et de la négligence même. »

C'est aux Pouvoirs publics qu'incombe le soin de combattre cette funeste tendance par un règlement minutieux, dont les dispositions spéciales et précises rappelleront constamment le médecin vérificateur aux détails et à la réalité de son devoir. Il faut que le médecin, appelé à constater un décès, se présente à la maison mortuaire avec un programme à remplir, et il devra, sous sa responsabilité, certifier, sur le bulletin de décès, que ce programme a été suivi scrupuleusement dans tous ses détails et que toutes les épreuves imposées ont été pratiquées.

D'autre part, la création d'un service de médecins d'état-civil n'élimine pas complètement le danger des inhumations prématurées, puisque nous n'avons pas de signe absolument constant et fixe de la mort.

Pourquoi donc ne choisirait-on pas comme épreuve à imposer aux médecins vérificateurs, une épreuve qui non seulement l'obligerait à faire une visite réelle auprès du décédé, à l'examiner avec soin, mais encore qui contribuerait à affirmer son diagnostic. Cette épreuve, nous la possédons ; c'est l'épreuve d'Icard (procédé de la fluorescéine).

## L'épreuve d'Icard : procédé de la fluorescéine

### *Description du procédé*

Le professeur Tourdes, après avoir longuement étudié chacun des moyens qui ont été préconisés pour établir avec certitude la preuve hâtive de la réalité de la mort, arrive à cette conclusion que « c'est dans les fonctions de la circulation que nous trouvons les signes les plus importants et les plus sûrs ; c'est elle qui forme la base du diagnostic immédiat ».

Un autre maître en médecine légale, le savant professeur Tardieu, s'exprime de la même façon : « Les preuves de la persistance de la vie, dit-il, on les trouve dans la persistance de la fonction vitale par excellence, de celle qui appartient aussi bien au fœtus qu'au nouveau-né et qui ne cesse qu'avec la vie elle-même, c'est-à-dire la circulation. » Et c'est, du reste, l'opinion de tous les physiologistes qui se sont plus spécialement occupés de cette importante question.

Icard a donné lui-même, avec tout le développement qu'elle comporte, la preuve expérimentale et la preuve clinique de cette grande vérité biologique, et a démontré jusqu'à la dernière évidence que *la vie ne saurait persister avec un arrêt complet et prolongé des fonctions de la circulation du sang*, fonctions essentielles et capitales par excellence. « A moins de nier toute certitude aux lois de la physiologie les mieux établies, dit Icard, le lecteur qui voudra bien se donner la peine de discuter l'argumentation sur laquelle nous nous sommes appuyés, conviendra nécessairement de la légitimité de notre thèse. »

Lorsque nous disons que la vie est impossible avec

un arrêt complet de la circulation, nous parlons d'un arrêt *prolongé,* et c'est à dessein que nous signalons ce qualificatif : il est évident, en effet, qu'un arrêt momentané, suivi d'une reprise de la circulation presque immédiate ou à brève échéance, n'est pas incompatible avec la vie, du moins chez les animaux. Mais il faut, et tous les physiologistes insistent sur cette condition, il faut que l'arrêt du cœur ne remonte pas au-delà de vingt minutes : ce délai écoulé, on ne doit plus songer à ressusciter l'animal, même avec les procédés de laboratoire les plus perfectionnés (Aroutune-Arabion, in thèse de Genève, 1903, et Peytard, in thèse de Montpellier, 1903-1904 ; Battelli et Revost, in *Journal de Physiologie et de Pathologie expérimentales*, 1900, p. 443, n'ont pas réussi à rappeler la vie par le massage du cœur, lorsqu'un délai de 15 minutes s'était écoulé depuis le début de l'arrêt.)

D'ailleurs, les résultats obtenus expérimentalement chez les animaux ne sont pas rigoureusement applicables à l'état de mort apparente chez l'homme. Nous ne devons pas oublier que ces rappels à la vie chez les animaux ne se sont pas produits spontanément, mais sous l'influence d'une intervention directe bien déterminée et puissamment activée (injection dans les vaisseaux de sang défibriné et chargé d'oxygène, massage rythmique du cœur). Or, cette intervention n'a pas lieu chez l'homme supposé décédé : les manipulations dont celui-ci est l'objet de la part du médecin ont pour but unique d'établir la preuve de la réalité de la mort, et non de provoquer le retour à la vie, et si une résurrection a lieu, elle survient spontanément contre toute attente. Bien plus, lorsque le médecin, supposant la mort apparente, juge utile d'intervenir, il ne peut disposer que de moyens d'une efficacité inférieure à ceux dont disposent les physiolo-

gistes dans leur laboratoire. De ce fait, le délai de survie se trouve encore diminué et pour que l'intervention ait quelque chance de succès, il faut qu'elle soit instantanée et suive immédiatement l'arrêt du cœur, alors même que l'on aurait recours au massage de l'organe. Tuffier et Quinquand sont encore plus rigoureux et soutiennent que, pour que le massage du cœur réussisse, il faut que l'application de la méthode précède l'arrêt de l'organe, alors que celui-ci accuse son mauvais fonctionnement par des altérations de pouls. (Société de chirurgie, séance du 19 février 1903,)

« En fixant à vingt-cinq minutes la durée de la vie latente du cœur de l'homme, dit Icard, nous reculons jusqu'aux limites extrêmes la possibilité d'un rappel à la vie, et nous nous croyons autorisé à considérer comme définitivement mort celui chez qui, pendant tout ce temps, nous avons constaté un arrêt complet de la circulation du sang : cette affirmation est la conclusion nécessaire de toutes les observations cliniques de mort apparente dûment constatée et bien étudiée, et aussi la conclusion de tous les travaux de laboratoire qui ont été faits sur cette importante question. »

Mais, de quelque courte durée que soit cet arrêt, il n'en est pas moins démontré que la vie peut persister avec un arrêt complet de la circulation du sang. Cette constatation justifie, entre autres reproches, celui d'insuffisance que nous faisons aux différents moyens préconisés jusqu'ici pour établir la preuve de l'arrêt définitif de la circulation, que ces moyens soient l'artériotomie, l'examen direct du fond de l'œil par l'ophtalmoscope, l'instillation dans l'œil d'une goutte d'éther ou d'une solution de dionine (procédé de Maurice d'Halluin),

l'auscultation, la cardiopuncture, la mise à nu du cœur ou autres procédés.

Admettons que l'ouverture de l'artère soit faite durant un arrêt momentané de la circulation, il n'y a aucun écoulement de sang, et alors, de deux choses l'une : ou l'opérateur se décidera à lier l'artère, ou la laissera telle quelle, convaincu que la mort est bien réelle, et que, par suite, il est inutile de perdre un temps précieux à prendre une précaution superflue. Dans le premier cas, si la circulation après un certain temps d'arrêt vient à reprendre, il n'y aura aucun écoulement de sang puisque l'artère est liée, et l'artériotomie n'aura donc servi à fournir aucun signe de cet heureux événement ; dans le second cas, si le supposé décédé est abandonné et n'est pas constamment surveillé (et c'est ce qui a lieu ordinairement), il pourra se produire une hémorragie grave, capable de transformer la mort apparente en mort réelle. Bien plus, alors même que l'on ne quitterait pas l'opéré et que l'on aurait constamment les yeux sur l'artère ouverte, la reprise de la circulation peut se produire sans déterminer par l'artère sectionnée le moindre écoulement. Il arrivera, en effet, que les tuniques internes se recroquevilleront en dedans, apportant un obstacle à la circulation du sang, obstacle très favorable à la formation d'un caillot. Comme la circulation ne reprend qu'avec une extrême lenteur et une impulsion cardiaque très faible, le caillot résistera, se développera même, et la circulation pourra se rétablir d'une façon complète sans que la plaie fournisse la moindre gouttelette de sang. Ainsi s'expliquent ces arrêts spontanés d'hémorragie, constatés si fréquemment sur les champs de bataille chez des soldats atteints de traumatisme intéressant les artères importantes.

Le reproche que nous faisons à l'artériotomie s'adresse

du reste à tous les autres moyens dont l'emploi a été recommandé, y compris l'auscultation cardiaque pour constater la persistance ou l'arrêt définitif de la circulation du sang.

Ces moyens ne nous renseignent sur l'état de la circulation que pendant le temps de leur application. L'arrêt de la circulation indiqué par ces moyens peut être définitif, mais il peut aussi n'être que momentané ; si l'artère, si la veine, si les capillaires ouverts ne donnent pas de sang, l'ophtalmoscope indique l'absence de toute circulation rétinienne, si l'aiguille à cardiopuncture reste immobile, si la radiographie montre l'arrêt du cœur, si la conjonctive ne rougit pas au contact de l'éther ou de la dionine, *c'est parce qu'au moment et pendant tout le temps de l'emploi de ces moyens*, la circulation était complètement arrêtée. Mais l'emploi de ces moyens ne saurait être prolongé fort longtemps. Or, la reprise de la circulation peut avoir lieu après le moment où aura cessé l'emploi des moyens de contrôle. Cette objection est très grave et infirme complètement la valeur des moyens que nous indiquent les auteurs comme capables de nous renseigner pleinement sur l'état définitif de la circulation. Bouchut lui-même, qui a défendu avec tant d'ardeur l'infaillibilité de l'auscultation cardiaque, est obligé d'en convenir, et c'est pourquoi, après avoir fixé à 20 minutes la durée de l'auscultation cardiaque, avant de se prononcer sur la réalité de la mort, il ajoute : « Si quelqu'un trouve ce temps trop court et le chiffre de 20 minutes trop faible, il peut l'élever et mettre une heure par exemple. » Puis, de concession en concession, il va jusqu'à accorder 12 heures et même 24 heures. (Bouchut, *Les signes de la mort*, Paris, 1883, p. 200 et 201). Laborde lui aussi est arrivé à cette conclusion que le signe de mort certaine

tiré du résultat négatif *de l'emploi des tractions* rythmées de la langue n'a réellement de valeur que si les tractions rythmées ont été prolongées « durant trois heures au moins, six heures et même douze heures » (Laborde, *Le signe automatique de la mort réelle.* Paris, 1900).

Or, il est matériellement impossible de faire une application aussi prolongée de ces moyens, et ceux-ci, par suite, perdent le caractère de garantie absolue que leur accordent leurs inventeurs.

En pratique, l'auscultation cardiaque est le seul moyen auquel le médecin ait recours, et celle-ci constitue évidemment un moyen d'investigation des plus précieux ; mais elle est loin d'être infaillible et de pouvoir désigner, en toute occasion, la persistance de l'arrêt de la circulation du sang.

L'absence de bruits du cœur, constaté à l'auscultation, ne prouve nullement que cet organe ait cessé de fonctionner. Les battements peuvent être tellement faibles que les bruits restent imperceptibles à l'oreille la plus fine, mais le cœur n'en continue pas moins à se contracter, et la circulation à se faire, quoique très atténuée et comme réduite à son minimum. De toutes parts, ont surgi des observations et des travaux de laboratoire tendant à infirmer la valeur de l'auscultation cardiaque et à prouver que l'état de vie latent n'est pas incompatible avec une absence, en apparence complète, des bruits cardiaques.

On trouvera, dans les publications d'Icard, le récit et les indications bibliographiques de ces observations ; elles appartiennent à des auteurs de grande réputation et d'une autorité scientifique non contestée. Depuis, le nombre de ces observations s'est encore augmenté ; au surplus, les expériences faites sur les animaux viennent confirmer

d'une façon absolue les résultats fournis par les observations cliniques. Icard lui-même a répété, maintes fois, ces expériences ; le cœur, que l'auscultation désignait comme sans mouvement chez un animal mis en état de mort apparente, la cardiopuncture ou la mise à nu du cœur le montraient continuant à battre régulièrement.

Nous sommes donc obligés de reconnaître de nombreuses causes d'erreur à l'auscultation elle-même, et nous ne pouvons accepter sans réserve les renseignements qu'elle nous fournit, bien qu'elle soit le seul moyen employé par le médecin pour établir la preuve de la réalité de la mort. Les résultats de l'auscultation, en effet, sont à la fois objectifs et subjectifs. Ils varient avec le sujet que l'on ausculte et aussi avec le sujet qui ausculte. Tel battement constaté par un médecin, ne le sera pas par un autre. Là où celui-ci entendra un bruit net, celui-là n'entendra qu'un bruit sourd, confus, un vague murmure, un troisième n'entendra absolument rien. On ne saurait donc, logiquement, attribuer un caractère d'infaillibilité à un signe dont la valeur augmente ou diminue suivant la finesse ou la dureté de l'ouïe de celui qui est appelé à en rechercher la présence.

L'auscultation et les autres moyens recommandés peuvent sans doute indiquer des signes de vie ; mais, en l'absence de ces signes, ils ne permettent pas de conclure à la certitude de la mort : « Le fait de ne pas paraître vivant, dit Icard, ne prouve pas que l'on soit réellement mort ». Ce qu'il faut pour éviter toute erreur, c'est un moyen de contrôle permanent, automatique, un véritable appareil enregistreur. La véritable preuve, l'épreuve infaillible, la seule qui mérite une confiance absolue est celle qui démontre l'arrêt complet et aussi prolongé que l'on voudra, l'arrêt définitif de la circulation du sang.

Cette épreuve, c'est celle de la fluorescéine, que le docteur Icard a fait connaître dans différents travaux, dont le premier remonte à l'année 1886. Elle constitue le procédé de choix que les pouvoirs publics doivent imposer aux médecins vérificateurs.

Il n'y a pas de persistance de vie sans persistance de la circulation du sang, ou, si l'on aime mieux, il n'y a pas de retour à la vie possible sans retour de la circulation, tel est le fait physiologique auquel tous les auteurs ont demandé la preuve de la réalité de la mort, tel est le principe biologique qui constitue la base de la méthode d'Icard.

La persistance de la circulation, en effet, entraîne la persistance de l'absorption, et celle-ci, par suite, doit toujours se faire si on opère dans les conditions voulues : absorption est donc synonyme de circulation, et circulation est synonyme de vie. D'autre part, toute substance, quelle qu'elle soit, et quelle que soit la voie d'absorption, ne peut être absorbée, c'est-à-dire arriver au contact de tous les tissus et pénétrer dans les éléments anatomiques qui constituent chacun de ces tissus, sans le concours de la circulation, sans l'intervention du sang, « ce milieu intérieur », selon la belle expression de Claude Bernard, qui porte dans toutes les profondeurs de l'organisme les principes de vie dont il est chargé : jamais un cadavre, par aucune méthode, n'absorbera rien, et toute substance, mise en contact avec lui, restera inerte sur place, parce qu'elle se trouve privée du véhicule ordinaire qui est le courant sanguin. Et la conclusion rigoureuse de ces déductions physiologiques est qu'il suffira de constater un simple transfert, de trouver, par exemple, dans le sang et les tissus du bras, une substance qui aura été injectée dans la cuisse pour déclarer, sans aucun doute de se tromper, qu'au moment de l'injection, la vie existait encore.

Afin d'éviter toute cause d'erreur et d'échapper à toute objection, pour permettre au produit destiné à l'absorption de pénétrer rapidement et sûrement dans l'organisme, Icard recommanda d'avoir recours à la méthode des injections extra-musculaires, ou mieux à la méthode des injections intra-veineuses. Quel que soit l'état de mort apparente, tant que cet état ne sera pas la mort réelle, la circulation persistant, tout produit susceptible d'être injecté sera repris par le sang, avec lequel il se mélangera et circulera dans toutes les parties du corps, où on le retrouvera à l'aide de procédés spéciaux. Mais il faut que ces procédés de recherches soient tout à fait simples, rapides, à la portée de tous les praticiens, et dispensent de toute recherche délicate. C'est pourquoi, après différents essais (iodure de potassium, ferro-cyanure de potassium, sels de lithine), Icard a définitivement arrêté son choix sur la fluorescéine, substance dont l'emploi fait de la méthode le procédé à la fois le plus simple et le plus sûr pour établir le diagnostic certain de la mort réelle. Cette substance est vraiment la substance idéale ; avec elle, aucune manipulation de laboratoire, il suffit de regarder si elle est absorbée, la peau et les muqueuses deviennent jaunes : *on dirait que le sujet injecté a une jaunisse intense ;* l'œil prend une magnifique coloration verte ; *on dirait qu'une superbe émeraude a été enchâssée dans l'orbite.*

La fluorescéine constitue la substance la plus colorante que l'on connaisse ; son pouvoir colorant est tel, que la coloration verte apparaît nettement dans une solution au $\frac{1}{45.000.000}$ c'est-à-dire qu'il suffit d'un milligramme de fluorescéine pour colorer d'une façon apparente 45 litres d'eau.

Les nombreuses expériences faites par Icard sur toute la série animale, ne laissent aucun doute sur la parfaite innocuité de la fluorescéine, laquelle, d'ailleurs, s'élimine rapidement par les urines qu'elle colore fortement en vert. De plus, en solution alcaline, la fluorescéine se conserve indéfiniment sans rien perdre de ses précieuses propriétés.

Quelles que soient la lenteur de la circulation et la voie d'introduction choisie, la fluorescéine sera toujours absorbée. L'absorption sera plus lente par la voie hypodermique et plus rapide par la voie intra-musculaire, mais elle sera presque instantanée par la voie intra-veineuse.

Deux auteurs anglais, les docteurs Meltzer et Auer (*Journal of aperim. méd.* 1907) ont fait des expériences avec la fluorescéine, la morphine, etc., et disent avoir acquis la preuve que l'absorption par les tissus musculaires est aussi rapide que par les veines. Icard n'est pas de l'avis de ces deux auteurs, et l'absorption lui a paru toujours plus rapide par la voie intra-veineuse que par la voie intra-musculaire. Quoi qu'il en soit, cette dernière doit être préférée à la voie hypodermique, laquelle en la circonstance, doit être abandonnée comme donnant des résultats trop lents à se manifester. Puisqu'ici l'opération doit être faite par un homme de l'art et qu'il y a urgence à être fixé le plus tôt possible sur la réalité de la mort ou la persistance de la vie, le médecin vérificateur devra recourir uniquement à la voie intra-veineuse, laquelle permettra de porter un diagnostic immédiat.

La solution dont se sert Icard, est la suivante :

| | |
|---|---|
| Fluorescéine de Merck . . . . | 5 gr. |
| Carbonate de soude. . . . . | 7 gr. 50 |
| Eau distillée. . . . . | 25 cc. 3 |

Sept centimètres cubes de cette solution, contiennent un gramme de fluorescéine. La dose à injecter par la voie intra-veineuse sera de un centigramme environ par kilogramme, soit, en se tenant un peu au-dessus de cette dos . 7 à 10 centimètres cubes de la solution pour un corps d'adulte. Par la voie intra-musculaire, la dose à injecter sera trois fois plus forte, soit 20 à 30 centimètres cubes de la solution. Comme d'une part l'élimination de la fluorescéine par les reins est très rapide, et que, d'autre part, l'absorption par la voie intra-musculaire est assez lente, la fluorescéine s'éliminera au fur et à mesure de son absorption et ne s'accumulera pas dans le sang. Il arrivera alors que la quantité de fluorescéine contenue dans le sang, en aucun moment, ne sera suffisante pour colorer les tissus si la dose injectée n'a pas été relativement forte. C'est pourquoi, afin de hâter l'absorption de la fluorescéine par la voie intra-musculaire et favoriser ainsi son accumulation dans le sang, Icard recommande aussi de faire l'injection dans la masse musculaire en plusieurs points (une injection de 5 à 7 centimètres cubes en quatre points différents dans la masse musculaire fessière ou autre). N'oublions pas, d'ailleurs, que la fluorescéine n'est pas toxique, et l'on peut sans aucun danger augmenter considérablement les doses que nous venons d'indiquer, soit pour l'injection intra-veineuse, soit pour l'injection intra-musculaire : ces doses néanmoins paraissent suffisantes à Icard.

Quoi qu'il en soit, presqué instantanément (voie intra-veineuse) ou plus lentement (20 à 30 minutes environ par la voie intra-musculaire), dans tous les cas de mort apparente, la persistance de la vie sera mise en évidence par l'emploi du procédé d'Icard. Nulle autre épreuve que celle de la fluorescéine ne permettra de constater avec plus

de sûreté et de facilité l'état de la circulation. Alors même qu'il y aurait des cas de mort apparente s'accompagnant d'un arrêt complet de la circulation, le procédé de la fluorescéine ne perdrait rien de sa valeur. Cet arrêt, en effet, ne peut être que momentané ou définitif ; s'il est définitif, la mort apparente deviendra bientôt la mort réelle, ce qui sera indiqué par l'absence d'absorption de la fluorescéine injectée, absence constatée à des moments différents et aussi éloignés les uns des autres qu'il plaira de le fixer au critique le plus exigeant ; si l'arrêt n'est que momentané, le produit injecté, étant resté sur place, sera pris et entraîné par le sang dès que celui-ci recommencera à circuler, et le moment de cette reprise de la circulation, quelque tardif qu'on puisse le supposer, ne pourra jamais dépasser un délai de deux heures. Dans tous les cas de mort apparente susceptibles d'un rappel à la vie, on constatera bien avant la fin de la deuxième heure, l'absorption de la fluorescéine, et cette simple constatation permettra d'affirmer le retour à la vie, alors que l'emploi d'aucun des moyens préconisés jusqu'ici n'aurait pu indiquer la reprise de la circulation.

Lorsque, par contre, une heure après l'injection, deux heures si l'on veut, on ne constatera aucune coloration caractéristique de l'absorption (couleur jaune intense de la peau et des muqueuses, couleur verte des yeux), on pourra affirmer, sans aucune crainte de se tromper, que la mort est bien certaine, qu'elle a été dûment vérifiée, et cela aussi sûrement que si l'on se trouvait en face d'un cadavre marqué du stigmate infaillible de la putréfaction avancée ; on pourrait dès lors, c'est-à-dire dès la deuxième heure, procéder en toute sécurité à l'autopsie.

Nous disions plus haut que ce qu'il faut pour éviter toute erreur, c'est un moyen de contrôle permanent, au-

tomatique, un véritable appareil enregistreur. Or, l'emploi de la fluorescéine constitue un moyen de contrôle possédant au plus haut degré toutes ces qualités ; le moyen est d'une application permanente et continue, puisqu'il est incorporé au sujet lui-même, si bien que celui-ci l'emporte avec lui dans la tombe ; il est automatique, puisque les résultats se manifestent spontanément, et il réalisera un véritable appareil enregistreur, puisqu'il suffit d'un simple coup d'œil pour être pleinement renseigné sur la persistance de la vie ou la réalité de la mort.

Des expériences de contrôle répétées dans maints laboratoires ont permis d'établir la valeur du procédé, et de conclure à la sécurité complète que donne son emploi. Parmi les auteurs qui ont plus spécialement étudié et expérimenté le procédé de la fluorescéine, nous citerons : Maurice d'Halluin, E. Pessonnier, Pereira da Selva (de Lisbonne), le professeur Bastero (de Saragosse), A. Lecha-Mazzo (de Valladolid).

Tous ces auteurs et d'autres encore, se sont plu à reconnaître à la méthode d'Icard une supériorité utilisée jusqu'ici pour le diagnostic rapide de la mort, et ont demandé qu'on en vulgarisât l'emploi : « A cause de la simplicité et de l'ingéniosité du procédé et aussi à cause de la certitude absolue qu'il fournit. » (Société française d'hygiène, séances du 12 février 1897 et du 12 octobre 1900).

MM. les professeur de médecine légale Brouardel et Lacassagne déclarent que : « le procédé de la fluorescéine entre les mains d'un médecin constitue un moyen précieux ». Le docteur Morache, professeur de médecine légale à l'Université de Bordeaux, n'accorde qu'au seul procédé de la fluorescéine la faculté de nous renseigner pleinement et en toute certitude sur l'état de vie ou de

mort. « Si nous analysons, écrit-il dans son livre *Naissance et mort* (Paris 1904, p. 256), les résultats fournis par les différents signes de mort que nous avons rapidement indiqués, les principaux de ceux que l'expérience des âges a successivement proposés, nous pouvons remarquer que tous n'ont pas la même valeur ; on pourrait les diviser en signes de possibilité, de probabilité, de certitude ; ces derniers ne sont pas nombreux ; jusqu'à présent même, il n'en est qu'un : celui de Séverin Icard. » Les opinions des professeurs à l'étranger sont aussi favorables à ce procédé et nous le trouvons cité et vivement recommandé dans les traités modernes de médecine légale.

Mais c'est surtout Maurice d'Halluin, qui, dans ses remarquables expériences sur le massage du cœur, a montré l'extrême sensibilité de ce procédé.

« On sait, dit-il, que cette méthode de traitement de la mort apparente est d'autant plus efficace qu'elle est pratiquée plus rapidement. Or, l'hésitation est légitime quand il s'agit d'une opération aussi grave. Il y avait donc grand intérêt à trouver un moyen certain et rapide permettant de conclure qu'il est inutile de perdre un temps précieux en tentatives fatalement inefficaces. Or ce moyen existe, et consiste dans le diagnostic précoce de l'arrêt de la circulation. Cet arrêt est incontestablement l'indication certaine du massage du cœur. On peut, en effet, considérer comme bien démontré qu'aucune autre méthode n'a permis de faire rebattre un cœur au repos. C'est pourquoi nous sommes amené à préconiser les méthodes ingénieuses imaginées par Icard, soit l'injection de fluorescéine que l'on ferait avantageusement intra-veineuse afin d'obtenir les résultats plus rapides, soit la compression de la peau par une pince à forcipressure. Ce procédé

si simple, imaginé aussi par Icard, permet, grâce à l'aspect morphologique des téguments et à la détermination hâtive du parcheminement de la peau, de diagnostiquer l'arrêt de la circulation ». (Extrait du dernier numéro d'Halluin : contributions à l'étude du massage du cœur ; les trémulations fibrillaires. Paris-Lille, 1905, p. 4 et 5).

En résumé, pour que les prescriptions légales et les mesures administratives soient suivies, il faut, tout d'abord, créer des services de médecins vérificateurs des décès dans toutes les communes qui n'en sont pas encore pourvues, et, ensuite imposer à ces médecins la pratique d'une épreuve : l'épreuve de la fluorescéine. La pratique de cette épreuve forcera le médecin à se rendre auprès du supposé décédé, et par conséquent à remplir sa mission. L'injection de fluorescéine fournira de plus au médecin des indications aussi sûres que la rigidité cadavérique ou la putréfaction elle-même, et cela, à n'importe quel moment.

## CHAPITRE V

### DES CIRCONSTANCES OU LES PRESCRIPTIONS DE LA LOI DOIVENT ÈTRE PLUS SPÉCIALEMENT SUIVIES

Les mesures prises par la loi et l'administration sont de sérieuses garanties pour le citoyen, tant au point de vue de la mort apparente qu'au point de vue des morts criminelles. Mais, il est des circonstances où ces prescriptions doivent être plus spécialement suivies : c'est lorsqu'il faut se hâter et se débarrasser rapidement des cadavres, comme en temps d'épidémie, dans les hôpitaux et sur les champs de bataille.

#### 1° Constatation des décès en temps d'épidémie

L'hygiène exige que la société soit débarrassée le plus rapidement possible des cadavres, qui pourraient devenir de nouveaux foyers d'infection. Cette mesure, qui répugne à nos sentiments humanitaires, est absolument nécessaire et, si on négligeait d'y avoir recours, il n'y aurait plus aucune digue à opposer à l'extension toujours croissante de l'épidémie.

La circulaire du préfet Frochot (21 ventôse, an XII), écrite pour recommander aux maires de veiller à ce que le délai légal, avant l'inhumation, soit toujours scrupu-

leusement respecté, fait exception pour les personnes mortes de maladies contagieuses.

Les règlements administratifs ont toujours exigé de hâter le moment de l'inhumation, « lorsque les germes morbides que recèle un cadavre, pourraient compromettre la santé de toute une famille, la santé des habitants d'une maison ou des membres d'une communauté ». Il existe un arrêt du Parlement de Paris (1529), ordonnant que les individus morts de la peste, soient inhumés promptement. La mise en bière et l'inhumation hâtive, lorsque la mort résulte d'une maladie contagieuse sont ordonnées par l'instruction du 21 ventôse, an XII, par des circulaires ultérieures et plus particulièrement par la circulaire du 21 avril 1881 et celle du 2 juillet de la même année, signées du préfet de la Seine, sénateur Hérold.

La loi municipale du 5 avril 1884 reconnaît aux maires des pouvoirs très étendus en cas d'épidémie et leur laisse entière liberté pour prendre toutes les mesures nécessaires en ce qui regarde l'inhumation. Le règlement d'administration publique du 27 avril 1889 autorise les maires, en cas d'urgence, notamment en cas de décès par suite de maladie contagieuse ou épidémique, à prescrire, sur l'avis du médecin commis par eux, la mise en bière ou même l'inhumation sans délai.

La nouvelle loi sur la protection de la santé publique, du 15 février 1902, n'a fait que confirmer la prérogative que les lois antérieures et les règlements de police accordaient aux pouvoirs publics d'abréger, dans un but hygiénique, le délai légal fixé pour l'inhumation. L'article 3 porte : « qu'en cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger immédiat pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'inhumation immédiate.

tous droits réservés des mesures prescrites par les règlements sanitaires prévus à l'article 1er. »

Nous lisons dans l'article 8 : « Lorsqu'une épidémie menace tout ou partie du territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont insuffisants, un décret du président de la République détermine, après avis du Comité consultatif d'hygiène publique de France, les mesures propres à empêcher la propagation de cette maladie. »

Les règlements administratifs, en précipitant l'inhumation en temps d'épidémie, enlèvent aux citoyens les garanties que la loi avait voulu leur accorder contre le danger de la mort apparente par les dispositions de l'article 77 du Code civil. C'est pourquoi l'autorité, tout en reconnaissant aux médecins vérificateurs la faculté d'ordonner la mise en bière d'urgence dans certains cas, leur recommande de ne pas abuser de cette faculté et de n'y avoir recours que dans les seuls cas nettement indiqués dans les circulaires préfectorales.

Pour pallier et atténuer encore dans une certaine mesure la rigueur de cette douloureuse nécessité, les mêmes règlements, qui ordonnent l'inhumation hâtive, insistent sur l'obligation de constater plus sévèrement encore les décès et recommandent aux médecins vérificateurs de faire cette constatation avec le plus grand soin, afin que le danger de la mort apparente, augmenté d'un côté par la hâte apportée à l'inhumation, fût diminuée d'un autre côté par l'attention toute particulière pour la recherche des signes certains de la mort. Pour éviter les abus, les règlements de police exigeaient que la permission d'inhumer avant le délai légal ne fût donnée qu'avec la plus grande circonspection. Elle était réglée,

à Paris, par l'article 2 de l'ordonnance de police rend le 14 Messidor, an XII (3 juillet 1804).

« Toutes les fois que, dans les cas prévus dans les règlements de police, une personne décédée devra être inhumée avant le délai légal de 24 heures fixé par l'article 77, l'inhumation n'aura lieu que sur l'avis des médecins ou chirurgiens, qui auront suivi la maladie ou de ceux proposés à la visite des personnes décédées. » Toutes les circulaires qui suivent renouvellent cette recommandation.

Ainsi, la loi, qui exige l'inhumation hâtive, exige aussi que la constatation du décès soit entourée des garanties les plus propres à dissiper toute crainte sur l'éventualité d'une erreur possible. Il faut que tout danger de mort apparente soit écarté. Qu'a-t-on fait pour cela ? Que doit-on faire ?

Thierry, en 1785, dans son ouvrage sur « La vie de l'homme respectée à ses derniers moments », avait proposé ce qu'il appelait un asile expérimental pour la mort. « J'ai imaginé dans ce but, dit-il, des lieux de dépôt ; on en sent la nécessité pour nombre de familles pauvres, nombreuses, resserrées dans d'étroits logements. » En Autriche, on avait établi en 1771 des chambres de morts, *Leichenkammer*, pour assurer le délai de 48 heures et éviter les inconvénients du séjour des morts dans d'étroites demeures. Hufeland est le véritable créateur des maisons mortuaires ; en 1791, sur sa proposition, le premier obitoire fut créé en Allemagne, à Weimar, sous le nom de « Dubiæ vitæ asilum ». Bientôt, cet exemple fut suivi : des asiles de ce genre furent établis à Berlin en 1797, à Mayence en 1803, à Munich en 1818, à Francfort en 1823, puis à Nuremberg, à Augsbourg, à Wurtzbourg et dans une grande partie de l'Allemagne.

Malgré l'initiative de Thierry, l'institution des maisons mortuaires n'a pu se réaliser en France. En 1792, une pétition de Berchtold à l'Assemblée Nationale, et les publications de Mme Necker étaient restées sans effet. Un arrêté du préfet de la Seine, du 21 ventôse an IX, avait prescrit à Paris l'établissement de six tombes funéraires devant servir de dépôt aux corps des décédés avant leur transfert aux enclos de sépulture. Cet arrêté ne reçut pas d'exécution.

Les traditions du Conseil de salubrité de la Seine étaient défavorables à cette institution. A l'occasion d'un projet de ce genre présenté au préfet de police et sur lequel il demanda l'avis du Conseil, Marc déclara que ce projet philanthropique, sans doute, était plus séduisant en théorie qu'utile en application, et fit ressortir les frais considérables qu'entraîneraient la construction des maisons mortuaires et l'entretien d'un personnel de surveillance. Plus tard cependant, Marc a reconnu que, « dans le cas d'épidémie, avec crainte de contagion, ce serait peut-être le cas de réunir les corps des décédés dans des cabanes suffisamment aérées que l'on construirait dans les enclos des cimetières ».

A diverses reprises, des pétitions ont été adressées au Sénat, le 2 mai 1863, le 6 mars 1865, le 29 février 1866, le 29 janvier 1869, pour obtenir l'établissement de maisons mortuaires. Le Conseil de salubrité de la Seine, saisi de la question, a maintenu son opinion défavorable à ces asiles.

La plupart des médecins qui se sont occupés de la mort apparente sont favorables aux obitoires. Leguern et Julia Fontenelle les demandent. Voici l'opinion de Josat : « A nos yeux, des obitoires sont une mesure complémentaire de la vérification des décès, une garantie

contre une erreur possible, et enfin un service sans prix rendu à la population des grandes cités et à celle des campagnes en même temps. L'introduction des obitoires serait un bienfait inappréciable pour les pauvres gens logés si souvent en famille nombreuse, dans une pièce unique et d'ordinaire fort rétrécie. Elle permettrait enfin à la justice de trouver à toute heure et en lieu convenable les victimes du crime, quand elle le soupçonne. » Ajoutons à ces appréciations l'autorité de Tardieu, qui se prononce en faveur de ces asiles.

Ce ne fut que le 21 juillet 1890 que le conseil municipal de Paris vota les fonds nécessaires pour la construction de deux dépôts, l'un au Père-Lachaise, l'autre à Montmartre.

« Au point de vue du danger de la mort apparente, dit Icard, les dépositoires en temps ordinaire sont au moins inutiles, dans toutes les villes où il existe des médecins et où la vérification des décès est exigée par les règlements municipaux. Mais, il n'en sera pas de même en temps d'épidémie, et nous croyons que des services pourront être rendus par un dépositoire destiné à garder, durant un temps suffisant, le cadavre des personnes mortes de maladies contagieuses, cadavres que l'on doit faire disparaître rapidement avant le délai légal, pour éviter qu'ils deviennent, surtout dans les familles pauvres et logées à l'étroit, une cause de nouvelle contagion. »

Il est certain que dans les milieux nécessiteux où une seule pièce sert souvent à tous les besoins d'une nombreuse famille, on ne peut laisser jusqu'à l'expiration des 24 heures légales le cadavre d'une personne morte du choléra, de la variole ou de toute autre maladie contagieuse. A Marseille, dans les quartiers de Pentagone

et de la Belle-de-Mai, et on pourrait en citer beaucoup d'autres, des milliers d'habitants logent dans des turnes sordides. Les médecins de ces quartiers voient couchés pêle-mêle tous les membres d'une même famille sur le même tas de paille, au milieu des ordures, à côté du cadavre d'un des leurs emporté par la variole et même le choléra. Il en est ainsi dans toutes les grandes villes.

« Il nous semble pourtant, dit Icard, qu'il y aurait de la part de la loi, une certaine cruauté à enlever ainsi à une famille, brusquement, sans transition, la dépouille aimée d'un de ses membres, surtout lorsque la mort vient aussi rapidement surprendre sa victime au milieu de la santé la plus florissante, et un fils, par exemple, absent pour quelques heures, privé de la consolation de voir une dernière fois le corps de son père, trouvera difficilement, dans le souci de la santé publique, une excuse à la mesure administrative dont il aura eu à souffrir dans sa piété filiale. Seul, un dépositoire pourrait concilier les intérêts de l'hygiène avec ceux de la famille. »

La création de dépôts mortuaires, en temps d'épidémie, aurait un autre but philanthropique : celui de permettre l'observation du corps et d'acquérir la certitude de la mort avant l'inhumation. La négligence apportée par les médecins, en temps ordinaire, dans le service de la vérification du décès, peut donner une idée de l'incurie complète, en temps d'épidémie, alors que le désarroi règne dans les services administratifs, que le surmenage rend le nombre des médecins insuffisants, que la panique, aidée de l'instinct de conservation, ne laisse survivre dans le cœur de la plupart que les sentiments d'égoïsme.

« Tout le monde alors est pressé : la famille, le médecin, les employés de l'administration, tous rivalisent de zèle pour se débarrasser le plus rapidement possible du cada-

vre, et avec raison, mais encore faudrait-il vérifier auparavant, avec un certain soin, la réalité de la mort. » (Icard.)

La présence du médecin, en temps d'épidémie, n'est point une garantie absolue contre le danger de la mort apparente. « Les circonstances nous ont permis d'assister, à Marseille, dit Icard, à trois épidémies importantes de choléra (1884, 1885, 1892) ; nous avons pu constater que, le plus souvent, la déclaration du décès était signée du médecin, sur la seule affirmation du voisin, ou après un examen de pure forme, lequel consistait à se rendre au domicile du supposé décédé, pour faire acte de présence et uniquement pour se mettre en règle avec l'administration. Lors de la visite que le médecin considérait comme devant être la dernière, celui-ci avertissait la famille, qui, immédiatement après le décès, devait passer chez lui pour le certificat. Or, il arriva souvent, ainsi qu'en témoignent maintes observations, qu'on ne vint point réclamer le certificat, le malade ayant guéri, contre toutes les prévisions du médecin. »

Le fait même de mourir dans un hôpital spécialement affecté aux contaminés, est loin d'être une sécurité complète contre le danger de la mort apparente. « Durant l'épidémie cholérique de 1884, à Marseille, raconte Icard, alors que nous étions interne à l'hôpital du Pharo, nous avons vu partir, pour être immédiatement autopsiés ou mis en terre, jusqu'à seize cadavres par jour, et cela sans aucun examen, sur la seule déclaration d'un infirmier ; dès qu'un cholérique était supposé décédé, il était immédiatement sorti de la salle, et le chef de service signait à sa prochaine visite le certificat de décès de celui dont le corps était peut-être déjà au cimetière. Du 26 juin au 31 octobre 1884, 665 cholériques ont été traités au Pharo : 326 sont sortis guéris, 339 sont morts. Sur ces

339 décès, il faut compter 36 cholériques qui sont morts en cours de route ou, du moins, ont été déclarés comme tels, à leur arrivée au Pharo, par les personnes qui les accompagnaient en voiture. L'interne de garde jetait un vague coup d'œil sur le supposé décédé et ordre était donné immédiatement de le traiter comme un cadavre. »

Une telle façon de procéder n'est pas faite pour rassurer ceux que hante la peur d'être enterrés vivants et explique les trop fréquentes méprises que l'on a dû enregistrer en temps d'épidémie.

Nous lisons, dans le compte-rendu du Congrès de Bruxelles (t. I, p. 731-732) : « Les dépôts mortuaires seraient des locaux convenables, où les administrations communales pourraient faire transporter toutes les personnes succombant au fléau ; elles y séjourneraient jusqu'au moment de la constatation certaine du décès. Tous les corps transportés au dépôt mortuaire devraient être considérés comme morts apparents : ils devraient donc être traités avec tous les égards et les soins possibles pour ne pas éteindre la dernière étincelle de vie qu'ils pourraient retenir. »

Le docteur Mireur, de Marseille, reconnaît aussi la nécessité d'un dépôt mortuaire (*Le choléra de* 1884 *à Marseille,* p. 68). « L'inhumation hâtive des décès cholériques, écrit-il, c'est-à-dire quatre ou cinq heures après la mort, fut ordonnée dans notre ville dès le début de l'épidémie. Sans vouloir contester absolument l'efficacité de cette mesure, nous ne pouvons cependant nous empêcher de lui attribuer un certain caractère de rapidité brutale, par trop impressionnant. Dans quelques cas même, nous y avons vu de tels inconvénients qu'il nous semblerait préférable, en pareille occurrence, d'adopter un moyen ter-

me, et mieux encore de créer au cimetière une salle de dépôt provisoire, où les morts, avant d'être inhumés, seraient conservés le temps moral suffisant pour ne pas avoir à redouter les inhumations précipitées. »

En résumé, l'institution des maisons mortuaires a de grands avantages pendant une épidémie ; grâce à elles, nous avons la possibilité d'enlever rapidement les corps, et ainsi de prévenir le danger de contagion, tout en conservant la garantie du délai légal.

L'organisation des maisons mortuaires doit être simple, réduite au strict nécessaire et, par conséquent, peu dispendieuse. Leurs dimensions seront, tout naturellement, en rapport avec la population à desservir et, par suite, avec le budget de la commune.

De plus, ainsi que nous l'avons déjà démontré, nous possédons, à l'heure actuelle, un moyen infaillible de reconnaître la réalité de la mort : c'est le procédé d'Icard. Grâce à lui, nous n'avons plus besoin d'attendre les 24 heures légales exigées, à juste titre, par la loi, et ainsi, non seulement nous avons la possibilité d'éviter l'encombrement, mais encore nous n'avons plus à reculer devant la crainte de créer des foyers d'infection dans la ville.

Chaque cadavre recevra donc, avant d'être transporté au dépôt, ou à son arrivée au dépôt, une injection intraveineuse de fluorescéine, et si, une heure, deux heures après, au maximum, il ne présente aucun signe d'absorption, on pourra affirmer en toute sécurité que la mort est bien réelle. Ce procédé s'imposera encore davantage si le cadavre, au lieu de passer par le dépôt, doit être porté directement en terre.

Icard, dans les *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale* (octobre 1904), a démontré que la mort appa-

rente dans le choléra n'échappe pas au contrôle de ce moyen de diagnostic hâtif.

Ainsi, cette méthode nous permettra, à la fois de respecter les nécessités de l'hygiène, et de sauvegarder le droit imprescriptible que tout homme conserve à la vie.

### 2° Constatation des décès dans les hôpitaux

Le corps d'un décédé dans une salle est un triste spectacle pour les autres malades ; aussi, se hâte-t-on de le faire disparaître et de le transporter au plus tôt à la salle des morts. Le corps, par conséquent, devrait être l'objet d'un sérieux examen et il semble qu'à l'hôpital, où se trouvent des chefs de service éminents et tout un personnel médical offrant de sérieuses garanties de capacité professionnelle, il devrait en être ainsi. Mais, malheureusement, nous allons voir que, dans les hôpitaux, la vérification médicale du décès n'existe pas et que c'est à un simple infirmier qu'incombe la difficile tâche de reconnaître qu'un malade est décédé.

Tourdes, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales,* a écrit : « C'est dans les hôpitaux que l'on a recueilli les plus nombreux exemples de ces délaissements et ensevelissements précipités. » Brouardel, en parlant de la nécessité du diagnostic de la mort, constate « qu'on n'a pas l'habitude de le faire et qu'on n'apprend pas à le faire dans les hôpitaux ».

Ces affirmations sont l'expression exacte de la vérité. Les décès, à l'hôpital, ne sont constatés, ni par le chef de service, ni par l'interne ; la mort est déclarée réelle sur la simple affirmation d'un infirmier.

« A l'exception des malades, qui, maintes fois, expriment leur crainte à ce sujet, dit Icard, nu[illegible] soucie

de la possibilité du danger de la mort apparente dans les hôpitaux, et les administrateurs, pas plus que les médecins, ne paraissent s'en préoccuper. »

Si l'application de la loi n'est pas possible dans les hôpitaux suivant la lettre, elle doit y être possible, obligatoire même, suivant l'esprit, et il faut que les malades qui meurent dans nos établissements publics trouvent, dans la pratique suivie pour la constatation des décès, une sauvegarde complète contre le danger de la mort apparente.

Le règlement-modèle des hôpitaux et hospices s'exprime en ces termes : « Les décès dans les hôpitaux sont constatés conformément aux dispositions de l'article 80 du Code civil, et immédiatement notifiés aux familles. »

Or, voici cet article : « En cas de décès dans les hôpitaux militaires ou civils, soit en France, soit dans les colonies ou les pays de protectorat, les administrateurs de ces hôpitaux devront en donner avis, dans les vingt-quatre heures, à l'officier de l'état-civil. Celui-ci s'y transportera pour s'assurer du décès et en dressera l'acte, sur les déclarations qui lui auront été faites et sur les renseignements qu'il aura pris. »

Dans certaines villes, peu nombreuses d'ailleurs, la constatation des décès dans les hôpitaux est faite par les médecins de l'état-civil. A Bruxelles, à Liège, à Malines et à Namur, il n'est pas permis de disposer d'un cadavre s'il ne porte pas l'estampille du médecin de l'état-civil. Le médecin vérificateur se rend aussi dans les hôpitaux de Venise.

En France, le médecin de l'état-civil est le médecin traitant, à qui l'officier ministériel délègue son mandat de vérificateur des décès que lui confie la loi.

Le préfet de la Seine, le sénateur Hérold (circulaire du

19 mars 1881), déclare que l'attribution des pouvoirs du médecin de l'état-civil, donnée aux médecins et chirurgiens traitants dans les hôpitaux, est irrégulière ; il admet, néanmoins, qu'elle doit être maintenue, mais elle devrait être régularisée en leur donnant un rôle officiel.

En résumé, les pouvoirs publics, chargés d'interpréter la loi, ne se reposent du soin de la constatation et de la vérification des décès dans les hôpitaux, que sur les chefs de service eux-mêmes, et non sur les élèves des services, internes ou externes.

Bon nombre d'hôpitaux et hospices, se conformant à la loi, ont écrit dans leurs règlements que les décès doivent être constatés par le médecin du service dans lequel se produit le décès. Mais l'administration, en insérant un pareil article, savait fort bien qu'il n'était pas réalisable et elle agissait ainsi uniquement pour donner satisfaction, en apparence, à la loi.

Les règlements hospitaliers, en effet, exigent que les corps soient descendus à la salle des morts quelques heures après le décès. Comment les chefs de service peuvent-ils, dans ces conditions, faire la constatation du décès ?

D'autre part, le chef de service n'est à l'hôpital qu'au moment de sa visite. Lorsqu'un malade meurt après son départ, dans le courant de l'après-midi, par exemple, faudra-t-il que le chef de service se rende à l'hôpital pour vérifier le décès de son malade ?

Le règlement des hôpitaux de Paris semble avoir prévu cette difficulté. Il porte que « les chefs de service doivent se rendre chaque matin à la salle des morts, pour y constater les décès des malades de leurs salles qui y auraient été portés pendant leur absence ». (Arrêté du 12 février 1845, et article 72 du règlement actuellement en vigueur.)

Mais le règlement est-il appliqué ? « Nous avons des raisons, dit Icard, pour dire qu'il n'en est tenu aucun compte. »

En réalité, le chef de service ne fait aucune vérification, ni dans la salle, ni au dépôt. Toute la preuve qu'il a de la réalité de la mort, c'est le vide complet qu'il constate, au moment de sa visite, en passant devant le lit du décédé.

Un très grand nombre d'administrations, du reste, reconnaissant que le chef de service ne pouvait accomplir son rôle de vérificateur des décès, ont confié cette mission à l'interne de garde ou à l'interne de service.

Malheureusement, ce qui a été dit de la constatation supposée faite par le chef de service, s'applique à celle confiée à l'interne, et le rôle de celui-ci se résume, comme le rôle de celui-là, à signer le billet de décès. Jamais l'interne, à Marseille du moins, ne va constater les décès.

La conclusion est que, dans les hôpitaux, les décès ne sont vérifiés, ni par le chef de service, ni par l'interne. Ceux-ci s'en rapportent au diagnostic porté par les religieuses, l'infirmier ou la surveillante de la salle. L'habitude est d'ailleurs si invétérée que, pour ne parler que de ce qui se passe dans les hôpitaux de Marseille, on ne prévient même pas l'interne de garde, lorsqu'il se produit un décès dans une salle.

Sans doute, le médecin le plus expérimenté et le plus instruit, s'il s'en tient aux seuls moyens recommandés jusqu'ici, ne peut arriver à établir un diagnostic certain de la mort réelle immédiatement après le moment supposé du décès, mais il y a pourtant grand intérêt à ce qu'il procède lui-même à la vérification du décès.

Son expérience, sans être infaillible, sera toujours plus sûre que celle d'un infirmier, et ensuite s'il ne constate

pas de signe de mort certain, il pourra peut-être constater des signes de vie non douteux.

Ainsi donc, sur la simple affirmation d'un infirmier, un hospitalisé est déclaré mort. Que fait-on de son cadavre ?

D'après la loi, tout supposé décédé doit être considéré comme un vivant et traité comme tel jusqu'à l'expiration complète du délai dont elle a fait une obligation. « Le corps doit rester dans toutes les conditions de chaleur et d'air susceptibles de faciliter le retour à la vie. On doit se garder de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière et à toute autre opération analogue, et toutes ces prescriptions doivent être observées pendant le délai de 24 heures à partir de la déclaration du décès faite à la mairie. »

Les mesures prescrites dans les hôpitaux sont en contradiction formelle avec les intentions de la loi.

Les corps sont descendus à la salle des morts deux heures après le décès, d'après le règlement. En pratique, ce délai réglementaire est peu observé, et le transfert a lieu suivant les exigences du service.

L'ensevelissement, contrairement aux intentions de la loi, est presque immédiat. Dès qu'un malade est supposé décédé, les infirmiers commencent leur besogne : ils s'emparent du corps et, en un tour de main, le dépouillent complètement et le roulent dans la serpillière.

A la salle des morts, le corps repose sur un lit de camp, sur des dalles de pierre ou sur des tables spéciales recouvertes d'une feuille de zinc. Dans quelques hôpitaux de province (Albi, Caen), les corps sont couchés dans un lit, avec matelat, draps et couvertures. Des appareils spéciaux sont en usage dans certains hôpitaux : sarcophage des hospices de Versailles, la table mortuaire

des hôpitaux civils de Troyes, le cercueil commun de l'hôpital de Guéret.

Fréquemment aussi, les corps sont déposés immédiatement dans le cercueil. Les cercueils restent ouverts, quelquefois on les recouvre d'un drap et trop souvent on les ferme provisoirement, par la simple application du couvercle sur la caisse, et même définitivement, si l'autopsie ne doit pas avoir lieu et si l'on est sûr que le cadavre ne sera pas réclamé.

Telles sont les manipulations dont est l'objet le corps de tout décédé, immédiatement après le moment supposé de la mort. Elles ne peuvent sûrement pas avoir pour résultat de ranimer la vie dans le cas où celle-ci persisterait encore, cachée sous les apparences de la mort.

Ajoutons que, dans la plupart des hôpitaux, les salles où sont déposés les corps sont vraiment des salles de mort, et non des salles d'observation. La salle des morts représente l'annexe de l'hôpital la plus humide, la plus froide, la plus obscure. Les règlements donnent bien un gardien à cette salle, mais tout le service de celui-ci consiste à tenir soigneusement fermé le dépôt, et les véritables gardiens de ces tristes demeures, légitime effroi des malades, sont les rats, les mouches et autres insectes, qu'attire la chair en putréfaction. Il y a un demi-siècle environ, Josat visitait les maisons mortuaires des villes d'Allemagne : il les trouva dans un tel état de malpropreté qu'à ses yeux, ces dépôts lui parurent destinés à assurer la mort de ceux qu'on aurait pu y porter encore vivants. Aujourd'hui, ces dépôts ont été transformés complètement.

Or, les salles mortuaires dans la plupart des hôpitaux, à l'heure actuelle, sont ce qu'étaient les maisons mortuaires d'Allemagne lorsque Josat en donnait une telle des-

cription. « Il est vrai, dit Icard, que dans certaines villes universitaires, la vieille salle des morts de l'hôpital a été remplacée par les constructions toutes récentes de l'institut pathologique, où sont appliquées les lois de la plus rigoureuse hygiène. Mais si, dans la vieille salle, on meurt par manque d'hygiène, dans le moderne institut pathologique on meurt par excès d'hygiène : dans l'une comme dans l'autre, on manque absolument de soins en cas de mort apparente, et ceux qui y entrent avec un reste de vie, sont sûrs de ne pas en sortir vivants. »

La loi défend aussi de procéder à l'autopsie jusqu'à l'expiration complète du délai légal. Or, ce délai légal n'est pas toujours gardé, et, d'ailleurs, la science exige des autopsies hâtives.

Toutes les instructions préfectorales et ministérielles relatives à l'ouverture des corps, signalent le grave danger auquel peut exposer une autopsie hâtive, « en déterminant irrévocablement une mort encore incertaine ». Le délai de vingt-quatre heures est celui qui a été fixé par le ministre de l'Intérieur dans le règlement-modèle des hôpitaux, délai qui a été considéré comme offrant seul les garanties nécessaires, et a été accepté par les règlements de presque tous les hôpitaux.

Or, ce délai, dernière sauvegarde, n'est souvent pas même respecté. En fait, lorsque l'intérêt de la science l'exige, l'autopsie est pratiquée au moment le plus favorable. Kelsch, étudiant les affections du foie, en Algérie, et les variations de l'urée, faisait, à l'hôpital militaire de Constantine, des autopsies dix heures et même huit heures après le moment supposé de la mort. (Kelsch, in *Progrès Médical*, numéro 50, 11 décembre 1880, page 1012.) Jansehme et Lermoyez, lors de l'épidémie cholérique de 1884, pratiquèrent l'autopsie de neuf malades, morts à

l'hôpital Bichat, presque immédiatement après la mort, « soit, disent-ils, de vingt minutes à une demi-heure après la mort » ( in *Archives de Physiologie*, 1885, VI, p. 110). Récemment, le prof. Hobbs, de Bordeaux, publiait une observation de tuberculose latente. « L'autopsie, dit-il, faite moins de vingt heures après la mort, vint confirmer notre diagnostic. » (Hobbs, in *Presse Médicale*, numéro 16, 15 février 1903, p. 190.)

La science, en effet, exige des autopsies précoces. Le cadavre est le siège de changements perpétuels. « Pour être vraiment scientifique, dit Icard, l'autopsie devrait être faite dans des conditions telles qu'aucune modification n'eût eu le temps de se produire dans le cadavre, à partir du moment de la mort, si bien que les lésions constatées seraient bien celles existant au moment même où la vie a cessé. Ceci est un desideratum qui ne sera jamais réalisé, mais il est permis de s'en rapprocher et de lui donner quelque satisfaction en devançant autant que possible l'heure de l'autopsie. »

Quel est le but de la loi en imposant le délai de vingt quatre heures ? C'est d'éviter aux malheureux d'être autopsiés en état de mort apparente. Par conséquent, l'autopsie doit être autorisée, dès que la réalité de la mort a été reconnue.

En juillet 1880, le docteur Jeoffroy avait demandé au directeur de l'Assistance publique la permission de faire l'autopsie des varioleux de son service, douze heures après la mort. Le préfet de police, consulté, accorda l'autorisation, mais en imposant, avant tout, cette condition formelle : « L'autopsie du corps des varioleux ne pourra avoir lieu qu'après la certitude absolue de la mort, constatée par M. le docteur Jeoffroy lui-même. »

De plus, d'après le décret du 27 avril 1889, l'officier

de l'état-civil peut, en cas d'urgence, ordonner l'inhumation rapide, ou même l'autopsie, sur l'avis de deux docteurs, mais après vérification de la réalité de la mort.

C'est là l'exception évidemment, puisqu'il faut que la santé publique soit en cause et motive l'abrogation du délai de 24 heures. Mais, cette exception, tolérée quelquefois, à condition qu'on ait la certitude du décès, devrait être la règle pour les autopsies, et celles-ci devraient pouvoir être pratiquées dès que la certitude de la mort est acquise.

Or, grâce au procédé de la fluorescéine, nous possédons un moyen pour établir le diagnostic précoce de la mort réelle à l'hôpital et permettre ainsi la pratique hâtive des autopsies.

A la suite des travaux d'Icard, plusieurs autres ont été publiés sur la si intéressante question du diagnostic de la mort à l'hôpital.

Nous devons plus particulièrement signaler la thèse de Pessonnier (Bordeaux, 1906-1907). « Nous avons tenu, écrit l'auteur, à expérimenter le procédé d'Icard, ne fût-ce que pour nous familiariser avec sa pratique et apprécier sa sensibilité ; nous avons toujours employé la voie intra-veineuse. Sur le cadavre, nous avons injecté quatre à cinq centimètres cubes de fluorescéine, tantôt dans une veine de la jambe, tantôt dans une veine superficielle du bras, dans la veine humérale, au pli du coude ; ces expériences ont été faites de demi-heure à une heure après la mort ; jamais nous n'avons observé la moindre trace d'absorption. Une injection, poussée sous pression, dans la veine humérale, une heure après la mort, ne nous a pas donné de coloration.

» Chez l'animal, la coloration est obtenue par voie intra-veineuse, presque instantanément.

» A l'heure actuelle, on peut dire que le signe de la fluorescéine est le plus précieux des signes de la mort, celui qui permet de la déceler d'une façon très précise, sans crainte d'erreur ; le résultat négatif de son application confère au médecin la certitude de la mort. »

Appliquée systématiquement à tous les cas de décès dans les hôpitaux, l'épreuve d'Icard donnerait toutes les garanties désirables. Il est impossible de laisser échapper un cas de survie. En fixant à deux heures après l'injection intra-veineuse le délai que l'on doit attendre, s'il y a cours du sang, si faible soit-il, la réaction a eu largement le temps de se produire, et il est bien certain qu'après un arrêt de deux heures de la circulation, le retour spontané à la vie est impossible, et le massage du cœur même, pratiqué au bout de cet intervalle, si les indications y étaient, n'aurait amené aucun résultat : la période intermédiaire d'Halluin, pendant laquelle la résurrection par le massage du cœur peut être tentée, est écoulée, la période de mort réelle est un fait accompli.

L'autopsie, dès cet instant, peut être pratiquée sans crainte.

Nous ne pouvons mieux faire maintenant que de citer le modèle d'un règlement qui devrait être imposé dans les hôpitaux, pour constater le décès et pour acquérir rapidement la certitude de la mort. Il appartient à Icard ; très complet, très précis, il énumère minutieusement tous les détails de l'opération.

*Modèle d'un règlement à suivre dans les hôpitaux pour la vérification des décès*

Article premier. — Dès qu'un malade paraîtra décédé, la surveillante en chef de la salle fera prévenir l'interne

de garde ; si le décès survient pendant la nuit, l'interne ne sera averti qu'à la première heure du jour.

Art. II. — L'interne de garde se rendra aussitôt à la salle du décédé et procèdera immédiatement et en toute conscience à l'examen du corps. Il fera l'épreuve à la fluorescéine. Les résultats de ses observations seront consignés par lui sur un certificat de vérification imprimé, qu'il laissera, après l'avoir signé, sur le lit du décédé.

Art. III. — Ce certificat de vérification, qui doit accompagner le décédé jusqu'à son départ pour le cimetière ou l'amphithéâtre, ne doit pas être confondu avec le simple certificat de décès que l'interne établira sur-le-champ, pour que l'administration puisse remplir toutes les formalités de l'état-civil relatives aux actes de décès.

Art. IV. — L'imprimé, la seringue à injection, la solution de fluorescéine seront confiés à la garde de la surveillante en chef, qui devra les présenter à l'interne au lit du décédé.

Art. V. — Le premier examen terminé, le corps sera allongé dans le lit, couché sur le dos, les bras ramenés sur les côtés, sous les couvertures ; le visage seul restera découvert. Un paravent sera disposé autour du lit de manière à l'encadrer complètement et à soustraire le corps à la vue des voisins. Le corps restera ainsi deux heures dans le lit, dans les mêmes conditions où il était avant la mort. Durant ce délai d'observation de deux heures, le supposé décédé sera considéré comme un malade et continuera à être traité comme tel : la surveillante en chef veillera sur lui et lui fera au moins une visite.

Art. VI. — Si le décès survient dans la nuit, pour la bonne marche des services, on pourra ne procéder à la levée du corps qu'à la première heure du jour, mais, dans

aucun cas, on ne fera le transfert avant qu'il se soit écoulé deux heures à partir du moment de l'injection.

Art. VII. — Au moment du transfert à la salle des morts, la surveillante en chef examinera une dernière fois le corps et constatera s'il est froid, si la peau et les muqueuses ne sont pas jaunes, si les yeux ne sont pas verts ; elle notera ses observations sur l'imprimé, qu'elle signera à son tour, et le certificat, ainsi revêtu de la signature de l'interne et de la signature de la surveillante en chef, sera alors déposé au bureau de l'administration.

Art. VIII. — Si le décès a eu lieu dans un pavillon d'isolement, la vérification de la réalité de la mort sera faite de la même façon, mais le corps sera transporté dans un dépôt mortuaire, spécialement affecté aux contagieux, et le transfert se fera à l'aide d'un brancard dont l'usage sera exclusivement réservé à cette catégorie de décédés.

Art. IX. — Dès son arrivée à la salle des morts, c'est-à-dire à partir de la deuxième heure après l'injection de fluorescéine, le corps pourra être soumis à l'autopsie ou être inhumé, si l'intérêt de l'hygiène exige une inhumation hâtive.

Art. X. — L'exploration terminée, les corps devront être rétablis à leur place, et les différentes parties incisées seront réunies et cousues, avec application de diachylon ou de collodion, de manière à rendre au corps, aussi complètement que possible, la forme qu'il présentait avant l'autopsie. Le plus grand respect et la plus haute convenance devront présider aux diverses manœuvres que nécessitent le transfert du corps, son séjour à la salle des morts et l'autopsie.

Art. XI. — Si, durant les diverses manipulations dont le corps sera l'objet avant l'autopsie ou l'inhumation, la

coloration si caractéristique de l'absorption de la fluorescéine se manifestait, ou si un doute quelconque sur la réalité de la mort se produisait, l'interne de garde serait immédiatement appelé pour appliquer, s'il y avait lieu, le traitement de la mort apparente.

Art. XII. — Dans le cas où le diagnostic de la mort réelle s'imposerait par le seul fait de la nature de la cause qui aurait déterminé le décès, tels un vaste délabrement, un traumatisme incompatible avec toute possibilité de survie, mais dans ce cas seulement, une simple constatation, énonçant la cause du décès, suffira, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours aux épreuves et aux examens successifs recommandés par ce règlement.

Art. XIII. — Lorsqu'un malade, dirigé sur l'hôpital, paraîtra décédé en cours de route, l'interne de garde fera transporter le corps, non à la salle des morts, mais dans un cabinet d'observation dont la disposition, la tenue et la surveillance s'inspireront de la possibilité du danger de la mort apparente. Il sera procédé au diagnostic de la mort réelle et l'examen pour les malades décédés dans les salles de l'hôpital, et ce ne sera qu'après 2 heures d'observation que le corps sera transféré à la salle des morts.

Art. XIV. — La vérification des décès sera faite sous la responsabilité des signataires du certificat de vérification, et toute infraction au présent règlement sera passible de poursuites disciplinaires, sans préjudice des actions que les familles, lésées dans leur droit, pourraient intenter devant les tribunaux compétents.

### 3° Constatation des décès sur les champs de bataille

Sans doute, les mesures administratives ne peuvent être appliquées telles quelles, dans leur forme, sur les champs de bataille ; il faut ici des règlements spéciaux appropriés aux circonstances et n'apportant aucune entrave aux opérations militaires. Il faut que le soldat qui meurt loin des siens, trouve dans la pratique suivie pour la constatation de son décès, une garantie absolue contre le danger d'être enterré vivant. « Si le soldat, dit Icard, accepte volontiers de mourir sur le champ de bataille, victime de son courage, nous devons lui épargner l'horrible tourment de mourir dans la fosse commune, victime de notre incurie. »

Icard le premier a étudié la question du danger de la mort apparente sur les champs de bataille.

Dans son livre, il indique tout d'abord les différents états pathologiques susceptibles de déterminer la mort sur les champs de bataille.

De toutes les causes, l'inhibition est la plus commune et la plus importante. C'est aussi une cause fréquente de mort réelle, et alors celle-ci est vraiment mystérieuse : elle peut succéder immédiatement au plus léger traumatisme, voire même à une simple irritation de certaines régions ou à une vive émotion.

La syncope est la forme la plus fréquente qu'affecte l'inhibition, mais, sur le champ de bataille, l'état syncopal s'aggrave par l'action du choc traumatique, si toutefois ces deux états peuvent être séparés l'un de l'autre. Le blessé est inerte, sans connaissance, et gît étendu sur le sol comme un cadavre : pâleur de la face et des mu-

queuses, immobilité de tout le corps, résolution complète des membres, respiration lente et s'affaiblissant toujours jusqu'à devenir invisible, battements du cœur imperceptibles, pouls souvent insensible, abaissement rapide de la température. Une complication particulière, signalée par Tourdes, rend le diagnostic encore plus difficile, c'est l'apparition d'un spasme général qui donne l'idée de la rigidité cadavérique. « Cet état, dit Brown-Séquard, peut être produit par toute espèce d'irritation : un simple contact, une secousse, un coup léger ou violent, une piqûre ou d'autres plaies, une luxation, une fracture, etc. », autant d'accidents qui se rencontrent sur les champs de bataille. La cause sera souvent une hémorragie ou une vive secousse morale, la plupart du temps les deux à la fois. Mais pour la clarté de l'exposition, on peut admettre que la mort apparente sur les champs de bataille peut être le résultat d'une hémorragie, d'un choc traumatique ou d'un choc moral.

*a) Mort apparente par syncope hémorragique.*

La syncope est un accident fréquent de la saignée. L'expérience classique de Piorry consiste à ouvrir les deux veines jugulaires d'un chien. Lorsque l'animal a perdu beaucoup de sang, si la tête est tenue élevée et le train de derrière abaissé, la syncope survient rapidement. Ce fait peut se produire sur les champs de bataille : un simple mouvement, un changement dans la position peut occasionner une syncope, et tel blessé qui a pu éviter l'accident par un repos horizontal, en sera frappé immédiatement dès qu'on le soulèvera. Une pareille éventualité est possible, alors même que le blessé ne présente aucune trace d'hémorragie, car celle-ci peut être simplement interne. L'hémorragie, arrêtée par une pièce de vêtement qui

a aidé à la formation du caillot, peut reprendre si on écarte cette pièce, et la syncope se produire.

*b) Mort apparente par choc traumatique.*

L'accident est souvent produit par les traumatismes des centres nerveux, traumatismes portant sur les régions épigastriques et hypogastriques, sur le larynx, les narines, les organes génitaux, en un mot, par les traumatismes de toute région riche en filets nerveux et surtout en filets nerveux du grand sympathique. Tourdes considère la commotion cérébrale comme un des états pathologiques le plus apte à produire la mort apparente.

*c) Mort apparente par choc moral.*

Une vive émotion peut amener une inhibition subitement fatale : on meurt de peur, de joie ou de douleur. Or, le champ de bataille est le champ par excellence des émotions brusques et violentes, et la syncope par choc moral y est fréquente. L'âge du soldat semble encore prédisposer à la production du choc inhibitoire, car c'est chez l'adulte que l'inhibition se montre le plus fréquemment. Mais s'il est des catalepsies mortelles, il en est nécessairement qui ne doivent pas l'être, et c'est le plus grand nombre ; et alors, au lieu de la mort réelle, nous aurons un état de mort apparente qui peut en imposer à un examen superficiel et être suivi d'une erreur irréparable.

*d) Causes adjuvantes et prédisposantes.*

Aux causes déterminantes dont nous venons de parler viennent s'ajouter d'autres causes qui favorisent et augmentent l'action des premières ou prédisposent à en subir facilement et plus rapidement les funestes atteintes. Ces causes prédisposantes sont la chaleur, le froid, la dépression morale et physique.

La fréquence du danger de la mort apparente sur les champs de bataille est reconnue par les auteurs les plus compétents.

Nous lisons dans le Dictionnaire de médecine en 60 volumes, paru à Paris en 1818 : « C'est surtout après les combats qu'on a vu des guerriers être réputés morts et cependant recouvrer leurs sens, quelquefois après avoir été laissés plusieurs jours sur le champ de bataille. » (art. inhumation).

De même, nous trouvons dans le Dictionnaire des Sciences médicales : « L'inhumation précipitée à la guerre et dans les tumultes publics, expose au danger de la mort apparente. Ici les faits sont plus nombreux : les corps sont enfouis à la hâte dans la terre, dans le sable, sous la neige. Sur les champs de bataille, on a procédé trop souvent à des inhumations rapides, sans une vérification suffisante. J.-P. Frank a déjà signalé ce fait pour les guerres d'Allemagne de 1756 à 1758 ; sans doute, les médecins militaires ont plus à s'occuper des blessés que des morts, mais la vérification des décès leur appartient, et l'on ne peut pas trop insister sur l'importance de ce devoir en temps de guerre. » (Tourdes.)

Delorme, dans son Traité de chirurgie de guerre, parle de ce danger, et cite quelques observations de mort apparente sur le champ de bataille.

L'incertitude des signes de la mort et la possibilité de la mort apparente sur les champs de bataille furent mises à l'ordre du jour au Congrès international d'hygiène et de sauvetage, tenu à Bruxelles en 1876. Tous les congressistes reconnurent la réalité de ce danger.

Ce qui prouve, d'ailleurs, qu'un homme encore vivant peut passer pour mort sur le champ de bataille, c'est qu'on

a vu des soldats simuler la mort et réussir à se faire classer parmi les cadavres.

Les observations de mort apparente sur les champs de bataille sont nombreuses, et on en trouvera de fort intéressantes dans le livre d'Icard : « Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille », Paris 1905.

Nous nous contenterons de citer seulement quelques faits. « Pendant la fatale retraite de Russie, 16 novembre 1812, le prince Eugène, marchant sur Krasnoë, est entouré de toutes parts par l'armée russe. Le maréchal d'Ornano, voulant ouvrir un passage à l'infanterie, réunit les quelques cavaliers encore montés qui lui restaient de sa belle division, et s'élança à leur tête sur l'ennemi. Un boulet le jette la face contre terre. On le croit mort, son corps est noir et ne donne aucun signe de vie. Le prince Eugène ordonne à un de ses aides de camp, le commandant Tascher, de le faire ensevelir sous la neige. Ce pieux devoir vient d'être accompli, lorsque l'aide de camp du général, le capitaine de la Berge, survient, déclare qu'il veut rapporter en France le corps de son chef, le retire de dessous la neige et le met en travers sur son cheval. Au moment où il s'éloigne avec son précieux fardeau, un nouveau boulet traverse le cheval, les jetant par terre l'un et l'autre, sans les blesser. On place d'Ornano sur une petite charrette, mais bientôt elle ne peut franchir un défilé. Deux officiers de dragons soutiennent alors le blessé en travers de leurs chevaux ; on arrive ainsi au quartier impérial. Napoléon, déjà instruit par Eugène de la mort de son plus jeune général de cavalerie, avait hautement exprimé ses regrets. Tout à coup, on annonce que d'Ornano respire encore, qu'il vient d'arriver. Eugène déclare la chose impossible, disant qu'il l'a fait ensevelir sous la neige. Tascher est appelé, il confirme le fait ; il a assisté à la courte cérémo-

nie. On l'envoit aux informations ; il accourt, il est stupéfait, il a retrouvé vivant le général qu'il a fait inhumer la veille. Napoléon ordonne à Larrey de se rendre près d'Ornano ; le chirurgien en chef affirme qu'en effet le général respire, mais qu'il n'en vaut guère mieux. Napoléon le fait placer dans son landeau qui le ramène en France. Le général d'Ornano guérit et tint plus tard un des coins du drap funèbre du comte de Tascher, aide de camp du prince Eugène, qui l'avait, avec l'aide d'autres officiers, enseveli sous la neige, en Russie. » (*Moniteur universel.*)

Le commandant Remise a communiqué à Icard le fait suivant : « Je tiens le fait du héros même de l'aventure. Pendant la guerre de 1870, à Champigny, mon vieil ami le capitaine Villemin, eut la poitrine traversée de part en part par une balle, et fut laissé pour mort sur le champ de bataille. La position sur laquelle il était tombé fut plusieurs fois prise et reprise dans la journée ; les troupes françaises et allemandes passèrent successivement près de lui, et il assista consciemment aux différentes phases de l'action sans pouvoir donner signe de vie. Pendant la nuit, des ambulances circulèrent pour ramasser les blessés et enterrer les morts; l'une d'elles le recontra, et deux médecins allemands l'examinèrent. L'un, d'un certain âge, déclara la mort certaine et voulut faire jeter le cadavre du capitaine à la fosse commune; mais son collègue, plus jeune, s'y opposa formellement, assurant que la mort n'était qu'apparente et qu'il se faisait fort de ranimer le blessé. Après une assez vive et trop longue discussion, surtout pour le blessé, qui n'en perdit pas un mot, le plus jeune docteur obtint gain de cause. Il soigna le blessé avec un dévouement parfait et le remit sur pied assez rapidement. Quand je revis mon ami, quelques années après, il était complètement guéri et ne conservait plus de cette fatale journée

qu'une profonde reconnaissance pour son sauveur et un souvenir plutôt pénible des quelques minutes pendant lesquelles on décidait de son sort. »

Il est fréquent, après chaque guerre, de voir retourner au foyer, contre toute attente, des soldats dont la mort, considérée comme certaine, avait été officiellement annoncée par l'administration militaire. Le fait suivant, absolument authentique, a été raconté au docteur Icard par un témoin oculaire, M. Courazier, officier d'artillerie, qui avait le soldat en question sous ses ordres :

« Le 16 août 1870, à la bataille de Gravelotte, le soldat Serre, artificier à la 8e batterie du 17e régiment d'artillerie à cheval, tombe vers midi frappé d'une balle. Il est reconnu mort et porté comme tel; son cadavre, avec ceux de tant d'autres, est abandonné, destiné à être inhumé dans la fosse commune. Mais, pressés de quitter le lieu du combat, les Français n'eurent pas le temps d'enterrer leurs morts. Après 8 à 10 mois, Serre, à la stupéfaction de tous, vint rejoindre son régiment. Que s'était-il passé ? Au moment où il allait être jeté dans la fosse commune, il dut manifester quelques signes de vie ; il fut recueilli par une ambulance prussienne, des soins lui furent donnés et bientôt il revint à lui. Il guérit lentement de sa grave blessure, mais il n'avait gardé aucun souvenir de tout ce qui s'était passé depuis le moment où il était tombé jusqu'au moment où il se retrouva dans l'ambulance prussienne. Il fut décoré de la médaille militaire et renvoyé avec un certificat de réforme numéro 1 dans sa famille, où depuis longtemps on portait le deuil de sa mort. »

Ces faits suffisent à démontrer la gravité de la mort apparente sur le champ de bataille. Il faut donc que toutes les précautions soient prises pour écarter ce danger.

Voyons maintenant ce qui a été fait et ce qui reste à faire pour atteindre ce but.

La notice 14 du Règlement sur le service sanitaire en campagne, au paragraphe inhumation et assainissement des champs de bataille, est conçue en ces termes : « On doit commencer le plus tôt possible après le combat à faire disparaître les cadavres d'hommes et d'animaux. Les médecins militaires font eux-mêmes la constatation de la réalité de la mort, d'autant plus indispensable que les inhumations suivent de plus près le combat : un médecin peut seul, en effet, se prononcer avec compétence scientifique et légale ; les officiers d'administration des ambulances sont chargés de dresser les actes d'état-civil auxquels la constatation de la mort donne lieu. »

Le vainqueur à qui incombe le soin d'ensevelir les morts après une grande bataille, a d'autres soucis plus pressants. Dans son Traité d'hygiène militaire, voici ce que dit Laveran : « Il faut que le vainqueur marche en avant et puis il n'est pas bon, au point de vue hygiénique, de laisser les troupes au voisinage d'un champ de bataille ; on s'en éloigne rapidement, et les inhumations sont faites à la hâte ; les habitants de la contrée, réquisitionnés pour cette funèbre besogne, s'en acquittent très mal, s'ils ne sont pas surveillés de très près ; ils cherchent avant tout à aller très vite, sans se soucier des graves conséquences que leur négligence peut entraîner. » Rapidement, on creuse de longues tranchées et les corps dépouillés de leurs vêtements, afin que la décomposition aille plus vite, sont déposés sur deux rangs dans ces longues fosses.

Il est encore une raison qui oblige à ne pas attendre trop longtemps pour porter le diagnostic de la mort réelle sur le champ de bataille. Les blessés doivent être secourus en

toute hâte, et il faut les séparer le plus tôt possible d'avec les morts.

Mais comment distinguer la mort réelle de la mort apparente ? Quels sont les signes que recherchera le médecin et quels sont les moyens qu'il emploiera sur le champ de bataille pour établir le diagnostic précoce de la mort réelle ?

L'immobilité du corps, la flaccidité de tous les membres, la perte de connaissance, l'insensibilité générale et la disparition des sensibilités spéciales, ne jouissent, à juste titre, d'aucune valeur auprès du médecin expérimenté. Celui-ci s'arrêtera peut-être davantage à constater l'habitus général du cadavre, la face cadavéreuse, « ce je ne sais quoi qui fait que l'on se sent en présence d'un trépassé sans pouvoir donner exactement les raisons de ce sentiment intime » (Icard). Mais sur les champs de bataille, les soldats tués gardent souvent toutes les apparences de la vie.

L'absence de pouls est un signe absolument incertain, le pouls dans le choc traumatique étant presque toujours imperceptible. L'abaissement de la température ne fait jamais défaut, mais ce signe se manifeste trop tard pour l'utiliser sur le champ de bataille. Les signes tirés de l'examen de l'œil sont très importants. Le médecin, néanmoins, ajoutera peu de crédit à l'absence de la sensibilité de la cornée et de la conjonctive au contact des agents irritants. Cette insensibilité, en effet, n'est pas un signe de mort, elle indique simplement un état asthénique très prononcé, état qui se rencontre dans bon nombre de cas observés sur le champ de bataille.

La dilatation de la pupille est un excellent signe de mort ; dans la syncope inhibitoire, dans le choc traumatique, la dilatation de la pupille existe pendant la vie Il

faut ajouter que la pupille revient à son état normal quelques heures après la mort, ce qui fait que ce signe n'a aucune valeur. L'immobilité de la pupille, sous l'action de différents agents, ne constitue pas un signe plus important. L'immobilité de l'iris s'observe dans la plupart des cas pathologiques susceptibles de déterminer la mort apparente sur les champs de bataille.

Le signe le plus important que le médecin tirera de l'examen des yeux, se trouvera dans la constatation de l'affaissement de ces organes et la formation d'une toile glaireuse sur la cornée. Mais l'examen du supposé décédé ne sera pas toujours fait assez tardivement pour que les modifications du côté de l'œil aient eu le temps de se manifester assez nettement pour en tirer des indications précises. Le docteur Estappey affirme que « le signe cornéen ne commence à être sensible que douze heures environ après la mort et n'atteint son plein développement que cinquante-cinq heures après ».

La rigidité cadavérique est un signe d'une très grande valeur, mais il n'est pas constant ; il peut se produire durant la vie, il peut se confondre avec certains états pathologiques. Sans faire complètement défaut, la rigidité cadavérique peut être tellement fugace que sa présence échappera à l'attention la plus soutenue. Chez les soldats qui tombent après une lutte acharnée, la rigidité est hâtive, elle survient dans certains cas presque immédiatement ; mais, dans d'autres cas, l'apparition du signe est très tardive.

L'auscultation constitue évidemment un moyen d'investigation des plus précieux, mais elle présente elle aussi de nombreuses causes d'erreur. L'absence de bruits du cœur, constatée à l'auscultation, ne prouve pas que cet organe ait cessé de fonctionner. Les battements peuvent

être si faibles que les bruits restent imperceptibles à l'oreille la plus fine, mais le cœur n'en constitue pas moins à se contracter, et la circulation à se faire. Rappelons-nous d'ailleurs que nous sommes sur un champ de bataille et qu'il faut pratiquer une auscultation rapide sur un sujet tout habillé et couché sur le sol.

En résumé, les signes de mort quels qu'ils soient n'ont de valeur qu'autant qu'on les constate après un certain temps, et il faut que cette constatation soit prolongée. Or, le médecin militaire n'a que peu de temps à accorder à l'examen des morts.

Cet examen fait par le médecin offre, néanmoins, une sérieuse garantie. Qu'adviendra-t il si cet examen n'a pas même lieu où s'il est confié à des personnes étrangères à la médecine ?

Et cependant, les choses se passent souvent ainsi et nous pourrions en citer plusieurs exemples.

Nous voyons donc la nécessité de confier au médecin la vérification des décès, bien que le plus expérimenté puisse se tromper.

On objecte que le personnel médical des ambulances, trop restreint, ne permet pas de l'engager à la suite des colonnes et qu'il ne suffit même pas, à l'ambulance, aux soins à donner aux blessés. Il n'y a qu'une réponse : il faut doubler, tripler ce personnel. « Il faut, dit Icard, que le recrutement du corps médical s'opère avec le même empressement que celui des écoles militaires. »

Le docteur Evariste Laffargue, dans son Etude critique sur la Convention de Genève, a écrit : « Les cadavres d'hommes et d'animaux qui se trouvent sur le champ de bataille ne sauraient y demeurer longtemps sans danger pour l'armée qui l'occupe. Aussi importe-t-il de les faire disparaître le plus tôt possible. Mais il importe aussi

que la mort réelle soit constatée le plus sûrement qu'il se pourra, d'autant plus que l'inhumation sera très rapprochée du moment du décès dans beaucoup de cas, et que, lorsqu'il s'agit de blessures de guerre, on peut très souvent se trouver en présence de blessés en syncope, de blessés en état de mort apparente. Il convient donc de faire précéder l'inhumation de la visite médicale des tués. » L'auteur demande ensuite que l'on charge l'armée qui reste en possession du champ de bataille de faire procéder par ses médecins à l'examen des soldats tués et à la constatation de leur mort réelle.

Le Congrès international d'hygiène et de sauvetage, tenu à Bruxelles en 1876, s'occupa du danger de la mort apparente sur les champs de bataille. Le docteur Briant s'exprima ainsi : « La certitude de la mort n'est pas complète. Il y a doute. Je me demande, en présence de cette situation, si ce sont des personnes étrangères à la médecine qui seront chargées de la mort. Il me semble qu'il faut que la question de la certitude du décès soit tranchée avant qu'on prenne les précautions qu'exige l'hygiène. Il faut décider quelles sont les personnes qui auront pour mission de déterminer s'il s'agit ou non de cadavres. Je crois que les médecins sont seuls capables de faire ce diagnostic. »

Mais, puisque le diagnostic de la mort ne peut être porté, d'une façon absolue, par suite de l'absence de signes certains à un moment aussi rapproché, pourquoi exiger la présence du médecin ? C'est, d'abord, parce que cet examen offre déjà de sérieuses garanties ; d'autre part, s'il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'arriver à la certitude de la mort avec les moyens dont disposaient jusqu'ici les médecins militaires, il est, à l'heure actuelle, non seulement possible, mais encore très facile d'établir

un diagnostic absolument sûr à l'aide du procédé dont nous avons déjà parlé, le procédé de la fluorescéine. Ce procédé est infaillible, mais réclame le concours du médecin, comme nous l'avons vu précédemment.

Divers auteurs ont proposé des moyens pour s'assurer de la réalité de la mort sur les champs de bataille ; mais ce sont des procédés homicides. L'intention de ces auteurs est d'écarter tout danger de mort apparente, et d'éloigner par une mort rapide et inconsciente les angoisses terribles d'une mort lente et consciente au sein de la terre. C'est ainsi qu'on a proposé les wagons crématoires, destinés à suivre les armées, le percement du cœur, l'injection hypodermique de strychnine ou de morphine. D'autres procédés ont encore été proposés : la ligature circulaire d'un membre, la forcipressure, la phlébotomie, l'artériotomie et la cardio-puncture.

Seul, le procédé d'Icard est inoffensif ; c'est en même temps le procédé sûr et infaillible pour établir la preuve certaine et précoce de la réalité de la mort.

Pour plus de commodité, l'injection de fluorescéine sera faite intra-musculaire. On n'y aura recours que lorsque la mort ne pourra s'expliquer par un traumatisme suffisant.

Les examens successifs, dont le corps injecté doit être l'objet pour constater s'il ne présente pas la coloration caractéristique de l'absorption de la fluorescéine, se font d'eux-mêmes, spontanément, sans aucune préoccupation, sans nuire en rien au bon fonctionnement d'aucun service, par le seul fait des manipulations dont le corps de chaque soldat tué doit être nécessairement l'objet sur le champ de bataille, depuis le moment où il est examiné pour la première fois, jusqu'au moment où il est enlevé et deshabillé pour être descendu dans la fosse commune, par le

seul fait aussi de la présence obligée, sur le champ de bataille, des hommes occupés à différentes besognes, et appartenant à tout autre service que celui de la santé. En cas de survie, en effet, le changement de coloration serait si prononcé, la physionomie prendrait un si étrange aspect, que la chose s'imposerait nécessairement à l'attention des personnes présentes. Néanmoins, par excès de prudence, Icard recommande, au moment de l'enlèvement du corps, avant de le descendre dans la tranchée, de relever la paupière et de s'assurer si l'œil n'est pas devenu vert. Dans le cas où ce signe existerait, des manœuvres seraient faites pour ranimer le corps, ou, tout au moins, celui-ci serait mis de côté et tenu en observation.

Ainsi, grâce au procédé d'Icard, le danger de la mort apparente sur les champs de bataille est écarté. Nous demandons donc que ce procédé de sauvetage soit mis au plus tôt en pratique. « Car, comme dit Icard, il faut que le soldat qui meurt en combattant, bien loin de sa famille, trouve, dans la pratique suivie pour la constatation de son décès, une garantie absolue contre le danger d'être enterré vivant : la Patrie lui doit au moins cela ! »

L'étude détaillée que nous venons de faire de la constatation des décès en temps d'épidémie, dans les hôpitaux et sur les champs de bataille, nous a montré la réalité du danger de la mort apparente dans ces circonstances, danger qui est ici augmenté par la nécessité de se débarrasser au plus tôt des cadavres. Jusqu'ici, ce danger était toujours à redouter, car aucun signe ne permet au médecin le plus expérimenté de porter un diagnostic certain de mort, surtout lorsqu'il s'agit de se prononcer quelques heures seulement après le décès supposé. Mais aujourd'hui, nous possédons, avec l'épreuve d'Icard, le

moyen de porter ce diagnostic d'une façon sûre et cela quelques heures à peine après la mort. Nous demandons donc que ce procédé soit appliqué dans ces circonstances spéciales, et alors le danger de la mort apparente disparaîtra en temps d'épidémie, dans les hôpitaux et sur les champs de bataille.

De plus, grâce au procédé d'Icard, on pourra désormais, dans les hôpitaux, pratiquer l'autopsie quelques heures à peine après la mort. Non seulement l'instruction des futurs praticiens y gagnera, mais encore la science et l'humanité en bénéficieront.

## CHAPITRE VI

### DES DIFFICULTÉS QUE RENCONTRE, EN CERTAINES CIRCONSTANCES, LA VÉRIFICATION MÉDICALE DES DÉCÈS

Il nous faut maintenant étudier les cas où la mort se produit en l'absence du médecin, durant les voyages en mer, par exemple, et comme cela a lieu surtout à la campagne. Dans ces diverses circonstances, la constatation du décès est faite par les plus proches parents ou les voisins, et on ne peut demander à des personnes inexpérimentées de certifier la réalité de la mort et d'en déterminer la cause. Aussi, c'est dans ces circonstances, que le danger de la mort apparente est surtout à craindre et qu'on laisse impunies les morts criminelles.

Nous allons étudier, dans ce chapitre, quelles sont les réformes que l'on pourrait apporter à la constatation des décès en l'absence du médecin et nous nous demanderons ensuite s'il n'est pas possible de créer à la campagne un service de vérification des décès ainsi que l'exigent les pouvoirs publics.

#### 1° La mort durant les voyages en mer.

Les prescriptions légales relatives aux décès à bord des navires, sont déterminées par l'article 86 du Code civil.

Art. 86. — « En cas de décès, pendant un voyage mari

time et dans les circonstances prévues à l'article 59 (pendant un arrêt dans un port, lorsqu'il y aura impossibilité de communiquer avec la terre, ou lorsqu'il n'y aura pas dans le port, si l'on est à l'étranger, l'agent diplomatique ou consulaire français investi des fonctions d'officier de l'état-civil), il en sera dans les vingt-quatre heures et en présence de deux témoins, dressé acte par les officiers instrumentaires désignés en cet article et dans les formes qui y sont prescrites. »

L'instruction, relative aux actes de l'état-civil à bord des navires de commerce, publiée par le Ministère de la marine le 30 octobre 1893, consacre un chapitre « aux mesures à prendre pour la constatation des décès et des disparitions à bord des bateaux armés au bornage, à la pêche côtière ou au pilotage, et généralement des embarcations qui ne s'éloignent pas des côtes ». Nous citerons de cette instruction les paragraphes 6 et 8.

§ 6 — « Si, par suite de tempête ou de toute autre cause de force majeure, le bateau était forcé de tenir la mer au point qu'il fût impossible de conserver à bord le cadavre, sans danger pour la santé de l'équipage, les maîtres ou ceux qui les remplacent dresseraient un acte de décès dans la forme indiquée au § 4, après quoi le cadavre serait jeté à la mer. »

§ 8. — « Les patrons ou maîtres, et les hommes de leur équipage déclareront au commissaire de l'Inscription maritime ou au consul, les circonstances du décès, et, s'il y a lieu, les causes qui ont nécessité l'immersion du cadavre. »

Cette même instruction a bien soin de faire remarquer que les prescriptions d'ordre général, contenues dans l'article 77 du Code civil, doivent rigoureusement être ob-

servées à bord. « En conséquence, les officiers instrumentaires devront, avant de dresser l'acte de décès, se transporter auprès de la personne décédée avec le médecin, s'il y en a un à bord, pour s'assurer du décès. En outre, et à moins que la salubrité du bord ne s'y oppose, le délai de vingt-quatre heures, prévu audit article, sera observé pour l'inhumation ou l'immersion. »

Or, il résulte de l'enquête faite par Icard que le délai de 24 heures avant l'immersion n'est presque jamais observé, et, le plus ordinairement, la lugubre opération est faite à la pointe du jour pour tous les cadavres, alors même que le décès n'aurait eu lieu que dans le courant de la nuit. Cette pratique, dont l'exactitude a été certifiée à Icard par un très grand nombre de marins dignes de foi, est d'autant plus à craindre que bon nombre de navires de commerce sont dépourvus de médecin.

En 1642, le marquis d'Aubigné partit avec sa femme et ses enfants pour se rendre à la Martinique. Au cours de la traversée, Françoise d'Aubigné, la future Mme de Maintenon, alors âgée de 7 ans, se trouva si mal qu'on la crut morte. On allait la jeter à la mer, lorsque sa mère, voulant l'embrasser une dernière fois, sentit battre une artère et la jeune Françoise d'Aubigné fut sauvée.

Icard a proposé un moyen simple, infaillible et à la portée de tous pour constater, d'une façon sûre, les décès en l'absence du médecin ; c'est le procédé de la réaction sulfhydrique. Nous l'étudierons en détail dans un moment.

Il est bien entendu que, lorsqu'il y aura à bord du navire un médecin, c'est au procédé de la fluorescéine que l'on aura recours.

### 2° La mort a la campagne

La vérification médicale des décès est obligatoire à la campagne comme à la ville ; mais c'est dans les campagnes que la constatation des décès laisse le plus à désirer. Il est, en effet, exceptionnel qu'un médecin vienne s'assurer de la réalité et de la cause de la mort.

Bouchut a écrit dans son livre sur *les Signes de la mort* : « Dans les campagnes, ou loin des villes, la mort n'est constatée que par la cloche de l'église, ébranlée sur la foi de deux témoins, qui se présentent ensuite à l'officier de l'état-civil pour lui faire leur déclaration. Jamais un médecin n'est appelé, dans cette circonstance, ni pour assurer la réalité de la mort, ni pour en déclarer la cause. Nous devons, en conséquence, appeler de tous nos vœux l'instant où le système de vérification des décès, adopté dans les villes, c'est-à-dire la vérification par un médecin, sera étendu aux campagnes de France ; car les populations rurales ne sauraient être moins protégées que les autres contre le danger d'être enterré vivant. »

C'est ce qui se passe encore de nos jours. Quand un décès se produit à la campagne, deux témoins vont trouver le secrétaire de la mairie et lui disent : « Un tel est mort. » Le secrétaire inscrit aussitôt la déclaration des témoins sur son registre et tout est terminé. La famille fixe elle-même l'heure des funérailles, et personne ne se préoccupe de savoir si l'inhumation est faite dans les délais légaux, ou bien si l'on garde le corps plusieurs jours, au mépris des règles les plus élémentaires de l'hygiène.

« Et que l'on ne croie pas, dit le docteur Dufour, qu'il existe une différence entre les communes pauvres et reculées des pays de montagne et celles qui avoisinent les

grandes villes. Dans les unes comme dans les autres, les décédés ne sont presque jamais vus par un médecin. Une enquête personnelle nous a montré que les communes riches et peuplées qui bordent l'étang de Berre, ne différaient pas, sous ce rapport, des communes les plus éloignées des montagnes de la Lozère ou de l'Ardèche. Les confrères consultés, et notamment le docteur Grégoire, qui exerce dans la ville des Martigues, nous disaient qu'ils ne constataient qu'exceptionnellement les décès dans les campagnes, malgré le nombre et la commodité des voies de communication. Ils pensaient qu'au point de vue criminel, cette absence de vérification des décès était des plus fâcheuses. C'est aussi l'opinion de notre confrère le docteur Paul Aubry (de Saint-Brieuc), qui nous écrit qu'il a la conviction que dans les campagnes, on aide quelquefois les vieux à mourir. La perspective d'un examen médical obligatoire des corps diminuerait sûrement le nombre de ces crimes, dont la plupart restent inconnus et impunis. »

Mais est-il possible, dans tous les cas, de faire constater les décès par un médecin. Cette objection est sérieuse. La pénurie de médecins fut le motif qui empêcha le Conseil d'Etat, lors de la discussion du Code civil, de rendre la visite médicale obligatoire.

Aujourd'hui, les conditions se sont modifiées et il y a lieu de se demander si le moment ne serait pas venu d'assurer pour toute la France, le service de la vérification médicale des décès. « Tandis qu'à cette époque, dit Dufour, il n'existait que fort peu de voies de communication, et que le nombre des médecins était restreint, de nos jours toutes les communes sont desservies par des chemins vicinaux, quand elles ne le sont pas par des chemins de fer ou des routes ; et, quant au nombre des médecins, il serait su-

perflu d'exposer qu'il est supérieur aux exigences des malades et qu'il ne saurait être une objection à la révision des dispositions légales actuelles.

» Dans certaines régions montagneuses des Alpes, des Pyrénées, de l'Auvergne, la vérification obligatoire des décès rencontrerait quelques difficultés pendant l'hiver; nous avons profité de nos villégiatures dans les plateaux les plus élevés du Massif Central, et notamment dans les régions les plus montagneuses de la Lozère, de l'Aveyron et de l'Ardèche, pour nous convaincre que, pendant les hivers rigoureux, alors que la neige empêche les communications, il ne serait pas toujours possible de faire constater tous les décès par un médecin; mais ces exceptions ne sauraient être un obstacle à la règle générale. D'abord, la population de ces contrées est clairsemée; les décès y sont, par suite rares; et enfin, malgré la rigueur du climat, le service de l'Assistance médicale gratuite y fonctionne à la satisfaction de tous. Quel inconvénient y aurait-il à ce qu'un décès ne soit vérifié que 48 heures après ? Avec le froid qui règne dans ces régions pendant l'hiver, la putréfaction est tardive et la santé publique n'aurait pas à souffrir de ce retard. »

Mais, est-il exact de dire qu'il y a surabondance de médecins ? Si la pléthore existe dans les villes, dans les campagnes, c'est la pénurie : la statistique prouve que les médecins y sont moins nombreux qu'autrefois. La ville absorbe tout.

Bouchut, tout en reconnaissant la difficulté de créer un service de vérification des décès dans les communes de France, prétendait qu'il pouvait cependant être organisé d'une manière assez satisfaisante au moyen d'une étude attentive, et de sacrifices convenables. « On ne peut espérer l'établir, dit-il, qu'en désignant deux ou trois méde-

cins par canton, lesquels seraient tenus de visiter, chaque jour de l'année, les communes de leur circonscription, pour savoir eux-mêmes s'il y a des décès, afin d'aller aussitôt les constater. Il n'est pas possible d'en agir autrement, car si le médecin attendait chez lui la notification du lieu du décès pour s'y transporter, il pourrait être absent, recevoir la nouvelle trop tard, venir le lendemain, et mettre sans le vouloir des entraves à la cérémonie des inhumations. Tel que nous l'avons indiqué, ce serait un service de chaque jour, une inspection de la localité par son médecin, qui pourrait y voir des malades pour son compte, et les indigents qui lui seraient signalés par le maire comme ayant droit à sa bienfaisance. »

D'après les calculs de Bouchut, il faudrait 5.726 médecins pour assurer le service. La dépense annuelle serait de 5.726.000 francs, soit 1.000 francs par an à chaque médecin.

Mais, comme le dit le comte Michel de Karnice-Karnicki, qui a fait une critique très judicieuse du projet de Bouchut, ce sont des gages de domestiques. « Voici, dit-il, 5.726 jeunes médecins, ayant fait de brillantes études, choisis parmi les plus dignes, ainsi que le veut le professeur Bouchut, qui vont abandonner toute ambition, passer leur vie à retourner des cadavres, risquer, surtout durant les épidémies, leur vie et celle de leurs familles, et, tout cela pour quatre louis par mois ! »

Le professeur Brouardel pense que la difficulté ne serait pas insurmontable, si l'on voulait bien joindre le service de la vérification des décès à celui de l'Assistance dans les campagnes, et voici en quels termes il s'est adressé au gouvernement : « Que si l'on m'objecte la rareté des médecins dans les campagnes, je dirai : Joignez, dans la loi que vous êtes en train de discuter, le service de la vérifi-

cation des décès à celui de l'assistance dans les campagnes. Organisez les services d'assistance publique de telle façon qu'ils puissent nourrir le médecin. Rien de plus facile, dans ces conditions, que de lui confier aussi le service de vérification des décès. Vous vous plaignez de ne pas avoir assez de médecins ? Vous en aurez suffisamment le jour où vous voudrez bien leur assurer l'existence matérielle et rémunérer leurs services. »

Le docteur Dufour conclut de même que, dans les campagnes, le service de vérification des décès doit être assuré par les médecins de l'Assistance médicale gratuite.

Nous croyons également que c'est dans cette voie qu'il faut chercher la solution du problème.

Mais, ici encore, il faudra compter avec la négligence de ces médecins, et alors même qu'ils mettraient tout leur zèle à remplir leur mission, il leur serait souvent difficile et quelquefois même impossible d'observer toutes les prescriptions de la loi touchant la vérification des décès. Cette difficulté et cette impossibilité résultent de certaines dispositions de la loi qui exigent que le moment où doit se faire la vérification du décès, ne soit pas trop rapproché ou trop éloigné du moment supposé du décès. La circulaire du préfet de la Seine, en date du 25 décembre 1876, fixe à six heures, à partir du moment supposé du décès, le délai que doit attendre tout médecin vérificateur avant de procéder à l'examen du corps et à la constatation de la mort.

Or, s'il est facile au médecin de la ville, dont la clientèle est resserrée dans des limites relativement étroites, de se trouver à heure fixe à la maison mortuaire, il n'en sera pas de même pour le médecin de campagne, dont le champ d'action s'étend dans un immense périmètre.

Supposons qu'un malade expire peu avant ou durant le passage du médecin dans un village; celui-ci est obligé d'é

conomiser son temps et de faire toute diligence, car d'autres malades l'attendent à 20, 30 kilom. de là. Reviendra-t-il dans le village qu'il vient de visiter expressément pour constater le décès à l'heure que lui imposent les règlements administratifs ? Ce serait demander l'impossible. Le médecin profitera de son passage pour constater le décès, bien qu'à ce moment il n'existe aucun signe de la réalité de la mort.

Mais, nous avons à l'heure actuelle un moyen de tourner la difficulté. Grâce au procédé de la fluorescéine d'Icard en effet, il n'est plus nécessaire que la vérification du décès soit faite six heures après le moment supposé du décès. L'épreuve d'Icard, pratiquée à n'importe quel moment, permet de diagnostiquer d'une façon infaillible la réalité de la mort. Ajoutons que cette épreuve, imposée aux médecins vérificateurs, sera le meilleur moyen d'obliger ces médecins à faire une visite réelle au supposé décédé et que, de la sorte, la vérification des décès deviendra vraiment efficace et cessera enfin d'être une simple formalité.

Nous venons de voir ce qu'il y aurait à faire dans les campagnes pour observer les prescriptions légales et les mesures administratives. Mais, il ne faut pas oublier que ces réformes, que nous demandons, exigeront du temps avant d'être établies et qu'il y a cependant urgence à modifier l'état de choses actuel. Il faut, en attendant, que les pouvoirs publics prennent des mesures provisoires pour éviter le danger de la mort apparente à la campagne, en l'absence du médecin.

En dehors de la putréfaction avancée, il n'existe aucun signe vulgaire de mort absolument sûr, aucun signe sur lequel une personne étrangère à la médecine puisse s'ap-

puyer pour affirmer, en toute certitude, que la mort est bien réelle.

Certains procédés ont cependant été recommandés aux familles pour suppléer à l'insuffisance des signes de la mort réelle.

Nous avons déjà parlé du procédé de Laborde, basé sur le résultat négatif de l'emploi des tractions rythmées de la langue. Voici comment Michel de Karnice-Karnicki le juge : « On peut affirmer, sans crainte d'être accusé d'exagération, que, de tous les procédés proposés pour la constatation de la mort réelle, c'est le plus difficile, celui qui exigerait le plus de soins, le plus de subtilité, le plus de sacrifice, et qui, par là même, est le moins pratique de tous, sans parler de la possibilité évidente d'avoir, dans les bourgades, les villages, les campagnes, des appareils et des moteurs avec tout le personnel pour les desservir. »

On a encore proposé l'autres procédés, mais ce sont alors des procédés homicides : l'inhumation sans cercueil, l'emploi du poison, la crémation, les opérations sanglantes.

En l'absence du médecin, le seul signe de mort absolument sûr est la putréfaction. C'est l'opinion de tous les auteurs et la circulaire ministérielle du 24 décembre 1866, sur « les mesures à prendre pour empêcher les inhumations précipitées », recommande, d'après la déclaration du Conseil d'hygiène, d'attendre le signe de la putréfaction avant de procéder à une inhumation.

Le stigmate de la mort marqué par la tache verte abdominale, est, en effet, un phénomène constant que l'on observe chez les animaux à sang chaud, comme chez les animaux à sang froid, chez toutes les races humaines, chez le nègre comme chez le blanc, et dans tous les cas

de mort, que celle-ci arrive naturellement ou accidentellement.

Mais, cette tache verte, pour des personnes étrangères à la médecine, peut être confondue avec certains états pathologiques, qui se manifestent eux aussi par des colorations abdominales. C'est pour cela que la circulaire ministérielle dont nous parlions plus haut ne se contente pas de désigner la putréfaction comme seul signe de mort certain, mais exige encore que ce signe soit constaté par le médecin lui-même.

De plus, ce signe se manifeste trop tard, rarement avant le quatrième jour, si toutefois une basse température ou des conditions spéciales ne s'opposent pas encore davantage à son apparition. Deschamps (de Melun) est, de tous les auteurs, celui qui a poursuivi avec le plus de soin l'étude de ce signe. Or, il a constaté que, « la coloration ventrale n'arrive jamais à une époque fixe, déterminée par la nature. Les variations les plus grandes sont comprises, à l'air libre, entre quelques heures et dix-huit à vingt jours ». (Deschamps : Du signe certain de la mort. Paris, 1851, p. 165.)

### *Procédé de la réaction sulfhydrique d'Icard. — Le signe automatique de la mort réelle en l'absence du médecin.*

En réalité, la putréfaction n'est pas un signe aussi éloigné qu'on le croit généralement : elle commence dès que la vie cesse, et Icard a démontré, de la façon la plus péremptoire, que, bien avant l'apparition de la tache verte abdominale, des gaz sulfurés se produisent, dont la présence, dûment constatée, indique la réalité de la mort d'une façon aussi certaine que la putréfaction elle-même.

(Voir Icard : Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin. Paris, 1907.)

Ces gaz sulfurés, produits précoces de la décomposition cadavérique, se forment plus spécialement en très grande abondance dans les poumons, d'où ils s'échappent par les fosses nasales. Il suffira donc, pour avoir la preuve spontanée de la réalité de la mort, d'introduire dans une des fosses nasales, ou de déposer sous une des narines, un petit morceau de papier réactif, dont le changement de coloration, sous l'action des gaz sulfurés, fournira aux moins instruits, et automatiquement, la preuve de la réalité de la mort.

Le papier que le docteur Icard propose, après maintes expériences, est un morceau de papier à écrire ordinaire, sur lequel, avec une solution d'acétate neutre de plomb, on trace des inscriptions, des dessins quelconques, qui, en l'état, sont invisibles ; la réalité de la mort sera indiquée par l'apparition spontanée des inscriptions ou des dessins sur le papier, qui, au moment de son application, paraissait tout à fait blanc.

Le signe de la réaction sulfhydrique d'Icard, se produit inévitablement dans tous les cas de mort réelle et fait défaut dans tous les cas de mort apparente. Les observations cliniques et les nombreuses expériences faites par Icard pour établir la démonstration de cette vérité, sont absolument concluantes. Ces expériences ont duré de longues années, elles ont porté sur des vivants et sur des morts, sur des cadavres humains et sur des cadavres d'animaux. « Nous les avons suffisamment répétées, dit Icard, et nous pensons les avoir menées avec assez de soin pour pouvoir affirmer que la *réaction sulfhydrique* est de nature à fournir la certitude absolue de la réalité de la mort.

» Lorsque nous avons écrit que les gaz sulfurés se forment plus spécialement dans les poumons, nous n'avons pas voulu dire qu'il ne s'en forme pas ailleurs. C'est ainsi que la production de ces gaz se manifeste dans les organes abdominaux, surtout lorsque la mort a surpris le sujet en pleine digestion. Mais il est rare, même dans ce dernier cas, que la production des gaz sulfurés dans l'estomac et l'intestin, devance la production des gaz sulfurés dans les poumons. »

Les expériences d'Anguera de Sojo sont venues confirmer l'opinion d'Icard sur ce point. Quoi qu'il en soit, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas production de gaz sulfurés dans d'autres organes, que la production des gaz sulfurés dans les cavités abdominales soit simultanée, postérieure et même antérieure à la production des gaz sulfurés dans les poumons, le procédé de la réaction sulfhydrique ne perd rien de sa valeur, par le fait de l'apparition d'un autre foyer de production de gaz sulfurés : ces derniers, loin de nuire au procédé, en augmentent la valeur en lui apportant de nouveaux éléments de diagnostic. Telle est la conclusion de la remarquable et si consciencieuse étude que le docteur Anguera de Sojo (de Barcelone) a faite du procédé de la réaction sulfhydrique. Icard a répondu longuement à toutes les objections que l'on pouvait faire à son procédé ; on les trouvera dans son livre « Sur le signe de la mort réelle en l'absence du médecin ».

D'ailleurs, il s'agit ici d'une question pratique et, à ce point de vue, l'origine des gaz sulfurés importe peu. Il suffit qu'il soit démontré — et cette démonstration a été amplement faite par Icard — que, seule, la putréfaction cadavérique est capable de donner naissance à la réaction sulfhydrique. « On pourra multiplier les observations, dit

Icard, varier les expériences, on ne réussira jamais à infirmer notre conclusion qui est celle-ci : la réaction sulfhydrique dans les conditions où nous la cherchons, est un signe de mort infaillible, un signe spécifique pathognomonique, un signe aussi certain que la putréfaction elle-même, puisque, en aucun cas, cette réaction ne saurait avoir lieu en l'absence de la putréfaction cadavérique. »

De plus, ce signe pouvant être constaté par tout le monde, est, par excellence, un signe de mort vulgaire, c'est-à-dire un signe qui démontre avec certitude la réalité de la mort sans le concours du médecin. C'est le mort lui-même qui, par une inscription révélatrice, dit : « Je suis mort », et il fournit ainsi la preuve de la vérité qu'il affirme.

La coloration caractéristique de la présence des gaz sulfurés se manifestera plus ou moins hâtivement, suivant les circonstances elles-mêmes qui activent ou retardent la putréfaction, à savoir, pour ne citer que les principales : la chaleur, l'humidité, la nature de la maladie, la durée, l'agonie, l'âge du sujet, l'état de réplétion ou de vacuité de l'estomac. C'est surtout la chaleur qui jouera le principal rôle. La réaction sera d'autant plus rapide que le cadavre se refroidira plus lentement et que la température ambiante sera plus élevée : une température froide retarderait trop longtemps l'apparition du signe ; une température glaciale s'y opposerait indéfiniment. En été, il ne sera pas nécessaire de se préoccuper de la température de la chambre mortuaire et, toujours, la réaction apparaîtra bien avant l'expiration du délai légal à garder avant l'inhumation ; mais, en hiver, dans nos climats, il sera indispensable, pour obtenir une réaction assez rapide, de chauffer la

chambre mortuaire et d'y entretenir une température de 16 à 20 degrés environ.

Et, du reste, la conviction du docteur Icard est celle qu'ont acquise tous les auteurs qui ont étudié le procédé et ont voulu l'expérimenter personnellement; tous ont conclu à une valeur absolue. Nous citerons l'opinion de quelques auteurs.

En 1907, une très intéressante discussion s'éleva au sein de la Société médico-pharmaceutique des saints Cosme et Damien, de Barcelone, au sujet du diagnostic de la mort réelle : des sommités médicales de Barcelone prirent part à cette discussion. A cette occasion, un mémoire très documenté sur le procédé de la réaction sulfhydrique fut présenté à la Société par le docteur Anguera de Sojo et le docteur Juan Valls y Campaner. Ces deux auteurs affirmèrent n'avoir jamais eu à enregistrer le moindre insuccès, tant avec des cadavres humains qu'avec des cadavres de différents animaux. Leurs observations avaient été faites à l'amphithéâtre de l'asile des vieillards des Petites Sœurs des Pauvres, et, bien que ce fût pendant l'hiver, elles avaient été toutes concluantes « Le raisonnement et l'expérimentation, déclarent-ils en terminant, nous ont amenés à cette conclusion ferme : la réaction d'Icard est un signe vulgaire, précoce, de la putréfaction et, par suite, de la mort. » (Anguera de Sojo et Juan Valls : La certification de las defunciones y las reaccion de Icard in *El criterio catolico en la ciencias medicas*. Barcelona, 1907, numéros 114, 115, 116 et 117).

Le docteur Anguera de Sojo, craignant d'avoir été trop affirmatif, fut pris de scrupule. Il se fit un cas de conscience d'étudier à nouveau et à fond le principe de ce procédé, afin, dit-il, « de pouvoir se rétracter et confesser publiquement son erreur, en cas où il se serait trompé

et aurait surpris la bonne foi de ses collègues ». Or, la conclusion à laquelle aboutit cet auteur si consciencieux, à la suite de cette seconde série d'expériences, fut aussi nette et aussi catégorique que la première. « De nouvelles expériences, écrit-il, nous ont permis de constater la valeur de la réaction d'Icard et d'en étendre même la signification. » ; et il a soin d'ajouter : « De toute manière, je n'aurais osé apporter ici une telle affirmation, si je n'étais sûr du résultat de mes expériences. » (Anguera de Sojo : Las bases de la reaccion de Icard, in *El criterio catolico en las ciencias medicas*, Barcelona, 1907, numéros 120, et 1908, numéros 121, 122, 123.)

Le docteur Ch. Faguet, médecin légiste, agréé près la Cour d'appel de Bordeaux, et médecin en chef de l'hôpital de Périgueux, rendant compte de ses expériences, s'exprime ainsi : « L'ouvrage du docteur Icard est d'un intérêt capital pour tous les médecins, et aussi pour tout le monde. J'ai expérimenté personnellement le nouveau procédé de la réaction sulfhydrique, et les bons résultats que j'ai obtenus, en tout conformes à ceux que le docteur Icard lui-même a constatés, me l'ont fait adopter, tant à l'hôpital que dans la clientèle. » (Docteur Faguet, in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 1906, p. 453.)

Le docteur A. Lecha-Mazzo (de Valladolid) s'est fait, en Espagne, le propagateur infatigable des méthodes de diagnostic d'Icard ; il a prêté à cette cause, vraiment humanitaire, tout l'appui de son éminent talent. Il a contrôlé les résultats d'Icard par des expériences personnelles, et il conclut : « Nous avons beaucoup insisté sur les méthodes d'Icard pour le diagnostic différentiel de la mort réelle et de la mort apparente. L'inhumation prématurée, par conséquent la mort dans la tombe, est

la plus horrible de toutes les morts, et celui qui propage les méthodes d'Icard, pour rendre impossible cette erreur, mérite des applaudissements sincères et enthousiastes... A notre entente, le procédé de la réaction sulfhydrique est appelé à rendre les plus grands services : la réaction sulfhydrique a autant de valeur que la putréfaction. » (A. Leccha-Mazzo, in *El Confidento de las Ciencias medicas,* janvier et février 1907.)

A la même faculté de Valladolid, des expériences ont été faites par le docteur Eusebio Zimeno-Sainz. « En essayant cette méthode, écrit-il, nous avons toujours obtenu des résultats positifs, même en opérant sur des cadavres destinés aux travaux anatomiques, lesquels cadavres avaient été conservés au moyen de substances injectées qui rendaient la putréfaction plus difficile ; cela est si vrai que, sur ces cadavres, même longtemps après, la réaction est peu manifeste. » (In *El Mes Therapeutico,* janvier 1907 : les résultats obtenus ont été si constants que l'auteur a cru pouvoir indiquer cette apparition plus ou moins tardive de la réaction sulfhydrique, suivant les substances antiseptiques employées, comme un excellent moyen pour établir la valeur respective des différents procédés d'embaumement.)

Les mêmes expériences, répétées dans d'autres hôpitaux, n'ont toujours donné que des résultats positifs. Nous signalerons plus spécialement les expériences faites à l'hôpital d'Anvers, qui ont permis de constater une réaction rapide, bien que la température moyenne ne dépassât pas 13 degrés environ (septembre 1909).

Nous avons parlé plus haut des résultats, tous affirmatifs, qui ont été obtenus, soit à l'hôpital de Périgueux par le docteur Faguet, soit à l'asile des vieillards des Petites Sœurs des Pauvres de Barcelone, par le docteur

Anguera de Sojo et Juan Valls de Campaner, soit encore à l'amphithéâtre de l'hôpital de Valladolid, par le docteur Leccha-Mazzo et Eusebio Zimeno-Sainz.

A ces résultats, nous ajouterons ceux, aussi nettement concluants, obtenus dans les hôpitaux d'Anvers et ceux obtenus à l'hôpital de Bahia et au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de cette même ville.

Les expériences faites dans les hôpitaux d'Anvers ont été entreprises sur l'initiative de la Société Anvéroise pour la Crémation ; bien que ce fût pendant l'hiver (novembre 1909), et par une température moyenne variant de 10 à 13 degrés, le signe de la réaction sulfhydrique se manifesta d'une façon constante et toujours très rapidement.

Les expériences faites à l'hôpital et à la Faculté de médecine de Bahia, sont dues au professeur Oscar Freire de Carvallio, et à son élève, le docteur Ulbaldo Drummond.

Ce dernier, sur les indications de son maître, s'était proposé, comme sujet de thèse, l'étude de la réaction sulfhydrique (Ulbaldo Drummond, Reaccão sulfhydrica de Icard, thèse de la Faculté de Bahia, décembre 1907).

Or, voici ce qu'il écrivait au docteur Icard : « Mes conclusions confirment en tous points la valeur de votre signe vulgaire de la mort réelle. La réaction se produit toujours entre huit et vingt heures après la mort, ce que confirment aussi les observations et les expériences de mon maître, le professeur O. Freire. »

Le plus souvent même, la réaction se manifestait entre les onzième et douzième heures. Cette rapide apparition du signe de la réaction sulfhydrique s'explique ici par des conditions de température favorable : ce fut, en effet,

par une température moyenne de 24 degrés environ, que les expériences furent faites, tant à la Faculté qu'à l'hôpital.

Ainsi donc, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que la réaction sulfhydrique est un signe de mort infaillible, un signe spécifique, pathognomonique, un signe aussi certain que la putréfaction elle-même et que, de plus, ce signe pouvant être constaté par tout le monde, est bien un signe de mort vulgaire, c'est-à-dire un signe qui démontre avec certitude la réalité de la mort sans le concours du médecin.

Il est donc à souhaiter que les pouvoirs publics rendent obligatoire, à la campagne, la recherche du signe de la réaction sulfhydrique. Avec l'emploi de ce procédé, cessera enfin le danger de la mort apparente.

Ce signe est relativement précoce ; par une température moyenne, la réaction se produira au plus tard vers la fin du premier jour ou le commencement du deuxième jour après la mort. Quoi qu'il en soit, un peu plus tôt, un peu plus tard, suivant les circonstances, l'apparition de la réaction sulfhydrique, alors même qu'elle serait lente à se montrer, se montrera toujours bien longtemps avant l'apparition du signe dangereux de la putréfaction. L'attente de sa manifestation, avant de procéder à l'inhumation, ne lèse donc en rien les préceptes de la plus rigoureuse hygiène ; elle favorise même l'application de la loi, puisque ce signe remplace celui de la putréfaction que la loi exige et que l'on n'attend jamais avant de disposer du corps du décédé. Devançant de plusieurs jours l'apparition de la putréfaction évidente, ce signe met d'accord la loi et l'hygiène, et, pour le plus grand bien de la société, sauvegarde à la fois les prescriptions de l'une et de l'autre.

Ajoutons que le procédé de la réaction sulfhydrique ne doit pas être employé chez les mort-nés, car, chez eux, la production des gaz sulfurés se fait plus longtemps attendre.

Nous terminerons en citant le modèle d'un règlement à suivre à la campagne, pour écarter le danger de la mort apparente. Il se trouve dans le livre d'Icard : « Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin ».

*Modèle d'un règlement à suivre pour la vérification des décès à la campagne, en l'absence du médecin :*
*Le certificat automatique des décès*

Article premier. — Du papier réactif tout préparé, ou un flacon de solution destiné à préparer le papier au moment du besoin, sera déposé par les soins de la Préfecture au secrétariat de la mairie de toutes les communes qui se trouvent privées de médecin.

Art. 2. — Deux morceaux de papier réactif, prêts à être employés, renfermés dans une petite boîte, seront remis aux témoins, qui se présenteront à la mairie, sans certificat de médecin, pour faire une déclaration de décès.

Art. 3. — La remise de la boîte sera accompagnée d'une instruction écrite et de toutes les explications verbales jugées nécessaires pour la facile application du papier réactif.

Art. 4. — Les deux témoins seront rendus solidairement responsables de l'application du procédé ; ils ne devront permettre l'inhumation qu'après la manifestation du signe de la réaction sulfhydrique, c'est-à-dire lorsqu'ils auront constaté sur le papier réactif l'apparition spontanée d'un dessin ou d'une inscription.

Art. 5. — Tant que cette constatation n'aura pas été faite, le décédé devra être considéré comme simplement supposé décédé, et il sera défendu de procéder à l'ensevelissement et à la mise en bière.

Art. 6. — Le papier réactif ayant servi à faire la preuve de la réalité de la mort, sera remis dans la boîte et retourné par un des témoins à la mairie, comme pièce à conviction ; le tout, après vérification, sera jeté au feu par les soins du secrétaire de la mairie.

Nous nous permettrons de rappeler, en terminant, que ces mesures ne sauraient être définitives. Elles sont, à l'heure actuelle, indispensables pour écarter le danger de la mort apparente à la campagne, mais elles ne peuvent remplacer la vérification médicale des décès par un service de médecins assermentés, ainsi que l'exige l'administration. Car, il ne suffit pas de constater la mort, il faut encore s'efforcer d'en reconnaître la cause. Le procédé de la réaction sulfhydrique ne répond qu'à un des désirs de la loi.

Pour que les prescriptions légales et les mesures administratives soient pleinement respectées, il faut créer à la campagne, comme dans les villes, un service de vérification des décès. Ce service, dans les campagnes, doit être assuré par les médecins de l'assistance médicale gratuite.

## RESUME ET CONCLUSIONS

La physiologie explique la possibilité du danger de la mort apparente et l'observation clinique prouve la réalité de ce danger.

— Tous, fatalement, nous devons un jour être déclarés morts, et il est à craindre que cette déclaration, basée sur des signes trompeurs, ne soit trop hâtive et ne précède le triomphe définitif et complet de la mort. Il existe, d'ailleurs, des faits indéniables, absolument authentiques, qui se présentent avec toutes les garanties scientifiques et s'imposent à l'attention des plus sceptiques.

— Il est donc légitime que l'on se prémunisse contre le danger des inhumations précipitées. C'est pourquoi les pouvoirs publics, interprètes officiels et fidèles de la loi, exigent que « l'on ne rende le corps à la terre qu'après la certitude, absolument acquise par un médecin, que la mort est bien réelle ».

— La loi et les pouvoirs administratifs ont donc tout prévu dans le but d'écarter le danger de la mort apparente. Malheureusement, ces mesures, empreintes de tant de prudence et d'une si haute sagesse, sont lettres mortes : les médecins et les familles n'en tiennent aucun compte et ignorent leur existence, si bien que la plupart de ceux qui meurent en France ne trouvent pas dans la pratique suivie pour la constatation de leur décès une garantie suffisante contre le danger de la mort apparente.

— Il résulte de notre enquête, laquelle a porté sur tous les départements, que, dans toute la France, sur 36.056 communes, on en compte à peine une cinquantaine dans lesquelles fonctionne un service officiel de la vérification médicale des décès. Dans les autres communes, les décès sont constatés par le médecin traitant, ou ne sont pas constatés du tout, puisqu'il existe de très nombreuses communes où on n'exige aucun certificat pour autoriser l'inhumation.

— D'une manière générale, la vérification médicale n'est donc pas exigée, et, si elle a lieu, elle consiste le plus souvent à jeter un vague coup d'œil sur le corps du supposé décédé. La plupart des médecins considèrent le certificat de décès comme une pièce administrative, au bas de laquelle ils doivent apposer leur signature pour remplir une simple formalité. Le plus souvent, le certificat de décès est délivré sans aucun examen préalable du corps.

— Il est de toute nécessité que la vérification médicale des décès soit rendue obligatoire dans toute la France ; mais, pour rendre cette vérification réellement efficace, il faut créer, dans toutes les communes de France, un service officiel de la vérification médicale des décès, ainsi que l'exigent les Pouvoirs administratifs, et imposer aux médecins vérificateurs la pratique d'une épreuve, laquelle les obligeant à se déplacer, les forcera à constater sérieusement les décès.

Cette nécessité de ne confier la constatation des décès qu'à des médecins spéciaux, assermentés, est encore justifiée par la grande fréquence des morts suspectes et criminelles. Le médecin traitant ne peut se livrer à un examen minutieux du corps, qui paraîtrait déplacé et offensant pour la famille ; il est, de plus, lié par le secret professionnel. Le médecin de l'état-civil, pourvu d'une

mission officielle, est entièrement libre et indépendant vis-à-vis de la famille et, par suite, tenu à une moins grande réserve. Si le corps examiné présente quelques indices de mort violente, ou si quelques circonstances éveillent des soupçons, il préviendra immédiatement l'officier de l'état-civil, auquel il transmettra son procès-verbal de constatation, mentionnant que le permis d'inhumation ne pourra être délivré qu'après autorisation de l'autorité compétente. Il prévientdra la famille ou les personnes intéressées de l'obligation formelle d'attendre cette autorisation. Le médecin de l'état-civil devient ainsi un précieux auxiliaire pour la justice.

— Quant à l'épreuve imposée au médecin vérificateur, l'épreuve d'Icard nous a paru le procédé de choix : une injection intra-veineuse de fluorescéine, par la coloration jaune de la peau et des muqueuses, et par la coloration verte des yeux, qu'elle détermine presque instantanément, décèlera la persistance de la vie en mettant nettement en évidence la persistance de la circulation, quelque faible que soit celle-ci.

— L'épreuve de la fluorescéine sera plus spécialement indiquée dans les cas où il faudra agir vite et où il ne sera pas permis d'attendre l'expiration du délai légal, par exemple, en temps d'épidémie et sur les champs de bataille. Dans ce dernier cas, on n'aura recours à l'injection que lorsque la mort ne pourra s'expliquer par un traumatisme suffisant, et l'injection, pour plus de commodité, sera faite intra-musculaire.

— Il n'existe dans les hôpitaux aucune vérification médicale des décès ; en pratique, la mort est déclarée réelle sur la simple affirmation d'un infirmier, et tout hospitalisé, ainsi déclaré mort, est immédiatement traité comme tel.

— La question de la vérification des décès dans les hôpitaux est pourtant de la plus haute importance, tant au point de vue humanitaire qu'au point de vue scientifique : d'une part, en effet, l'intérêt de la science exige que le diagnostic de la mort soit porté le plus tôt possible et avec la plus grande certitude, afin de procéder hâtivement aux autopsies ; d'autre part, le respect de la mort et les droits de l'humanité exigent de retarder le plus longtemps possible l'heure de l'autopsie, afin d'acquérir la certitude absolue de la réalité de la mort. Seule, l'application d'une méthode permettant d'établir d'une façon infaillible le diagnostic précoce de la mort, serait capable de concilier les intérêts de la science et ceux de l'humanité.

Un règlement sévère s'impose, ne confiant qu'au seul personnel médical le soin de constater les décès.

— Tout supposé décédé sur qui l'épreuve de la fluorescéine aurait été négative, devrait pouvoir être autopsié dès la deuxième heure, et cela avec autant de sécurité que si le cadavre présentait le signe de la putréfaction.

— L'organisation du service officiel de la vérification médicale des décès dans toutes les communes de France, rencontrera de nombreuses difficultés à la campagne ; mais nous pensons que l'on pourra triompher de ces difficultés en confiant le service aux médecins de l'assistance publique.

— Mais il est des circonstances où la loi rendant obligatoire la vérification médicale des décès rencontrera des difficultés presque insurmontables et, en l'absence du médecin, l'application de la loi deviendra d'ailleurs impossible. En pareil cas, ce qu'il faudra, pour acquérir la preuve de la réalité de la mort, ce ne sera pas un procédé médical, mais un procédé vulgaire, c'est-à-dire un procé-

dé permettant à toute personne étrangère à la médecine, de se prononcer sans hésitation sur la réalité de la mort.

— Or, en l'absence du médecin, le seul signe de mort absolument sûr est la putréfaction avancée. Malheureusement ce signe est trop tardif, et il y aurait danger pour l'hygiène à en attendre la manifestation non douteuse ; la sécurité publique ne permet pas de pousser si loin la rigueur de l'épreuve. Mais, en vérité, la putréfaction n'est pas un signe aussi éloigné qu'on le croit généralement, et Icard arrive à démontrer que, bien avant l'apparition de la putréfaction évidente, des gaz sulfurés se produisent, dont la présence, dûment constatée, indique la réalité de la mort d'une façon aussi certaine que la putréfaction elle-même.

— Ces gaz sulfurés, produits précoces de la décomposition cadavérique, se forment plus spécialement et en très grande abondance dans les poumons, d'où ils s'échappent par les fosses nasales. Il suffira donc, pour avoir la preuve spontanée de la réalité de la mort, d'introduire dans une des fosses nasales ou de déposer sous une des narines, un petit morceau de papier à l'acétate de plomb, dont le changement de coloration, sous l'action des gaz sulfurés, fournira aux moins instruits et automatiquement la preuve de la réalité de la mort. (Réaction sulfhydrique d'Icard.)

Fourni gratuitement et rapporté à la mairie après réaction, ce papier réactif servira de pièce à conviction et établira, aux yeux de l'administration, la preuve que la réalité de la mort a été bien constatée, et ce certificat de décès automatique remplacera le certificat médical, impossible à se procurer ici par suite de l'absence de tout médecin.

## BIBLIOGRAPHIE

Anguera de Sojo. — Las bases de la reaccion de Icard in El criterio catolico en las ciencias medicas. Barcelona, 1907, n° 120, et 1908, n$^{os}$ 121, 122, 123.

Anguera de Sojo et Juan Valls. — La certification de las defunciones y las reaction de Icard in El criterio catolico en las ciencias medicas. Barcelone, 1907, numéros 114, 115, 116, 117.

Assis de Souza Vaz (d'). — Dos enterros precipitados seus in convenientes e providencias que reclamâo. Consideracoes hygienicas. Cutting From : Ann. Soc. lit. portuense, n° 37.

Apparent death and death certification. Lancet, London, 1905.

Autopsiés vivants. — Chronique Médicale : 1901, 1899, 1898, 1900, 1906.

Balthazard. — Précis de médecine légale. Paris, 1906.

Barker. — On real and apparent death. Clinique Chicago, 1897.

Baudin. — La constatation de la mort réelle par les médecins de l'état-civil ; mise en pratique officielle du nouveau procédé du docteur Icard. Rev. prat. d'hyg. municip., Paris, 1905.

Béclère. — La radiographie des organes abdominaux permet-elle le diagnostic de la mort réelle ? Compte rendu Acad. Sc., Paris, 1907.

— *Id.* Progrès Médical, 1908.

Becour. — De la crémation des morts. Bull. Soc. Méd. d'Anvers, 1890. Bull. Méd. Nord, Lille, 1899.

Bichat. — Recherches sur la vie et la mort. Paris, 1801.

Bigot, de Losen et Vanderstraeten. — Du danger des inhumations précipitées et de l'insuffisance de l'officier de l'état-civil pour la constatation des décès.

Binet. — Histoire de l'examen médico-judiciaire du cadavre en France.

Boitette. — Instructions relatives aux opérations concernant les décès, en date du 1er mai 1860.

B. O. — Certificats de décès, secret professionnel. Presse Médicale Belge. Bruxelles, 1892.

Bouchut. — Traité des signes de la mort et des moyens de prévenir les enterrements précipités. (Mémoire couronné par l'Institut.) Paris, 1849. 2e édition, 1874 ; 3e édition, Paris, 1883.

Bourneville. — De l'emploi du thermomètre dans la constatation de la mort réelle. Progrès Médical, Paris, 1893.

Bourdeau. — Le problème de la mort. Paris, 1893.

Bourdin. — La constatation des décès, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. Paris, 1879.

Briand et Chaudé. — Manuel complet de médecine légale. Paris, 1879.

Brouardel. — La responsabilité médicale, secret médical, déclarations de naissance, inhumations, expertises médico-légales. Paris, 1898.

— Déclaration des causes de décès, moyens de la rendre compatible avec le secret professionnel.

— La mort et la mort subite. Paris, 1895.

— Le moment de la mort et la mort apparente. Annales d'hyg. publ. méd. légale, 1894.

Brouardel et du Mesnil. — Les sépultures : projet de révision du décret du 23 prairial, an XII. Ann. d'hyg. Paris, 1896.

Brouardel. — Valeur des différents modes de déclaration des causes de mort. Ann. d'hyg. publ.. 4e série. Tome 5. 1906.

— L'infanticide. Paris, 1897.

— Les dépôts mortuaires. Ann. d'hyg. Paris, 1890.

— Le moment de la mort au point de vue médico-légal. Rev. Scient. Paris, 1888.

— Signes immédiats de la mort. Gaz. des hôpitaux, LXII.

Bruhier. — Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort et l'abus des enterrements et embaumements précipités.

— Mémoire sur la nécessité d'un règlement général au sujet des enterrements et embaumements. Paris 1745.

Buchholz. — Du danger des inhumations précipitées et des incertitudes touchant l'état de la mort absolue. Nancy, 1881.

Blyckaerts. — Danger des inhumations sans vérification tant au point de vue de l'humanité qu'au point de vue de la justice, suivi d'un résumé des signes de la mort. Genappe, 1878.

Cadot. — De la constatation des décès. Art. Méd. Paris, 1880.

Chanet. — Des signes de la mort réelle et de la mort apparente. Thèse de Montpellier, 1840.

Chapin. — The proposed law to prevent premature burial. Med. leg. J. N.-Y. 1898.

Chassevant. — Une question de survie. Soc. Med. légale de France, 1904.

Chaussier. — Vivants crus morts, et moyens de prévenir cette erreur. Paris 1819.

Carré. — De la mort apparente. Thèse de Paris, 1845.

Chierici. — I sepolti vivie le camere mortuarie d'osservazione. Roma, 1888.

Clarke. — Post-mortem examination in medico-legal and ordinary cases with special chapters on the legal aspects of post-mortems and on certificates of death. Lond., N.-Y. et Bombay, 1896.

Conner. — How the state may prevent premature burial. London, 1896.

Coutagne. — Précis de médecine légale. Lyon, 1896.

Corin. — La détermination de la date de la mort. Ann. soc. med. légale de Belgique. Bruxelles, 1909.

Cressoni. — Delle morti apparenti e del soccorso pei tramortiti. Pavia, 1832.

Dabout. — Médecine légale et jurisprudence. Paris, 1907.

Dana. — Sépulture of the living. Cutting from : The Arena. Bost. 1897.

Death Certification. Lancet, London, 1893.

De Bourgade. — Sur un nouveau signe de la mort réelle fourni par la radiographie.

Decaisne. — Ce qu'il faut penser des enterrements précipités. Union médicale de Paris, 1880.

Dechambre. — Dictionnaire des Sc. médicales.

Décret portant règlement d'administration publique déterminant les conditions applicables aux divers modes de sépultures. Gaz. des hôp. Paris, 1889.

Dell Acqua. — La morte vera et la morte apparente, con appendice « La legislazione mortuaria ». Milano, 1897.

De Pietra-Leone. — Un caso di morte apparente. Gazetta medica Lombarda. Milano, 1898.

Delcourt. — La vérification officielle des décès. Mouvement hyg. Bruxelles, 1891.

Dépôts mortuaires. — Bull. Acad. Roy. de Médec. Belgique. Bruxelles, 1879.

De Séré. — Des signes de la mort et de la vérification des décès à Paris. Paris, 1869.

Devergie. — Traité de médecine légale théorique et pratique. Paris, 1840.

— De la création des maisons mortuaires et de la valeur des signes de la mort.

— Inhumations précipitées. Soc. Méd. légale de France, 1867.

Didier (de Rouen). — Note sur plusieurs cas de congélation avec survie. Soc. de Méd. lég. de France, 1904.

Dufour. — La constatation des décès en France. Ann. d'hygiène publ. et de méd. lég. Paris, 1899.

Eckels. — What reforms should be adopted for embalming the dead body so as to interfere with the detection of crime ? Med. legal. J. N.-Y., 1905-1906.

Faguet. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales. Bordeaux, 1906.

Fodéré. — Traité de médecine légale et d'hygiène. Paris, 1813.

Forgue. — Le respect de la vie. Montpellier médical, 1907.

Foveau de Courmettes. — Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin, J. d'hyg. Paris, 1907.

Francks. — Osservazioni sutta vita animale et l'apparenza di morte per un accidental, sospensione delle funzioni polmonali. Traduzione dal l'inglese di Antonio Bertoloni. Coll agginta di alcune di lui annotazioni. Pavia, 1795.

Fraser. — Distinctions between real and apparent death. Pop. Sc. Month. N.-Y, 1880-1881.

Fritz-André. — Du danger des inhumations précipitées. Bruxelles, 1879.

Gaillard. — Du culte des tombeaux, et du danger des inhumations dans certains cas. Paris, 1852.

Gannal. — Moyens de distinguer la mort réelle de la mort apparente. Paris, 1868.

— Mort réelle et mort apparente. Paris, 1868.

Galtier. — Lois, décrets et règlements nouveaux sur la police sanitaire. Paris, 1906.

Gaubert. — Le péril des inhumations précipitées en France, les chambres mortuaires d'attente devant l'histoire, la législation, la science, l'hygiène et le culte des morts. Paris. Chevalier-Marescq, 1895.

Mlle Golde. — L'incinération au point de vue hygiénique et historique. Paris, 1896.

Guillemot. — Du refroidissement cadavérique. Thèse de Paris, 1878.

Hamon. — Simple note sur la mort apparente ; acupunctures cardiaque et diaphragmatique. Revue de thérap. médico-chirurg. Paris, 1880.

Hamy. — Une affiche du XVII[e] siècle, relative aux inhumations précipitées. La chronique médicale, 1899.

Halluin (d'). — Résurrection du cœur. Thèse Lille, 1903-1904.

— Les étapes de la mort. Soc. biolog., 1905.

— Contribution à l'étude des signes de la mort. Rubéfaction provoquée du globe oculaire appliquée au diagnostic de la persistance de la circulation au cas d'absence des bruits du cœur. Soc. biolog., 1906.

— Diagnostic immédiat de la mort par les instillations d'éther dans l'œil. Lille, 1906.

Hardy. — Death certification and registration. British Méd. Jour. London, 1896.

Hartmann. — Buried alive : an examination into the occult causes of apparent death trance, and catalepsig. Boston, 1895.

Hartmann. — Premature burial. London, 1896.

Hemey. — Recherche de survie dans un cas de double assassinat. Soc. de méd. légale, 1873.

Hermandez. — Contribution à l'étude de la mort apparente. Thèse de Bordeaux, 1893.

Hill. — Death certification and registration. London, 1893.

Hoffmann. — Nouveaux éléments de médecine légale. Paris, 1880.

Hufeland. — De l'incertitude dans l'apparence de la mort et du seul moyen de se convaincre de sa réalité et d'empêcher l'enterrement d'un vivant, avec une notice sur les dispositions d'une maison mortuaire à Weimar. Weimar, 1791.

Hugounenco. — De la putréfaction sur le cadavre et sur le vivant. Arch. anthrop. crimin., t. II, 1887.

Icard. — La mort réelle et la mort apparente, Paris, 1897. Ouvrage couronné par l'Institut (concours Dugaste, 1895).

— Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille. Paris, 1905.

— Pour ne pas être enterré vivant. Marseille, 1902.

— Les prescriptions légales et les mesures administratives en France, pour éviter le danger de la mort apparente. In Ann. d'hyg. publ. et de médecine légale. Novembre 1903.

— De la réalité du danger de la mort apparente. In Presse médicale. 17 août 1904.

— De la constatation des décès en temps d'épidémie pour établir la preuve certaine et précoce de la réa

lité de la mort. In Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale. Octobre 1904.

— De la limite physiologique du traitement de la mort apparente. In Arch. gén. de médecine. 1904, p. 2753 2762.

— De la vérification des décès dans les hôpitaux. Résultats de notre enquête en France et à l'étranger, in Arch. gén. de médecine, 1905.

— Comment on doit procéder à la vérification des décès dans les hôpitaux. In Archives générales de médecine, 1905.

— De la vérification des décès dans les cas où la mort a lieu hors de la famille, in Nouvelle Revue. 1906.

— Le signe de la mort réelle en l'absence du médecin. Paris, 1906.

— La mort par choc moral, in Chronique médicale, 1906, N° 1.

— La sincérité de la mort. in Nouvelle revue. 1906.

— Le siège médical et le signe vulgaire de la mort réelle. Marseille, 1906.

— Le certificat de décès automatique en l'absence du médecin. In Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale, octobre 1906.

— La mort apparente. in La Nature. 9 fév. 1907.

— Règlement à suivre pour la constatation des décès à la ville et à la campagne. in Archives d'anthrop. criminelle, 1907, n° 162.

— Autopsiés vivants : la constatation des décès dans les hôpitaux. In Chronique médicale, 1909. n^os 5. 6.

Jaccoud. — Dictionnaire de médecine et chirurgie.

Janin. — Réflexions sur le triste sort des personnes qui, sous une apparence de mort, ont été enterrées vi-

vantes ; et sur les moyens qu'on doit mettre en usage pour prévoir une telle méprise. Paris, 1772.

Jaumes. — La déclaration des causes de décès et des maladies épidémiques. J. de méd., Paris, 1889. Montpellier médical, 1889.

Job. — Ce qu'il faut penser des enterrements précipités. Union médicale, Paris, 1880.

Josat. — De la mort et de ses caractères. Nécessité d'une réunion de la législation des décès pour prévenir les inhumations anticipées (Couronné par l'Institut.) Paris, 1854.

— Du délaissement des mourants en l'état de mort apparente. Compte-rendu Acad. Sc., 16 fév. 1863. Gaz. méd., Paris, 1863.

Karnice-Karnicki (Michel de). — Vie ou mort. Paris, 1900.

Kasorotoff. — On death real.

Keraval. — Ce qu'il faut penser des enterrements anticipés. Union méd. Paris, 1880.

Laborde. — Le signe automatique de la mort réelle déduit de l'action négative du procédé des tractions rythmées de la langue ; application pratique à la détermination de la mort réelle. Paris, 1900.

Labussière. — Etude médico-légale de la survie. Thèse de Paris, 1902.

Lacassagne. — Précis de médecine légale. Paris, 1906.

— Les actes de l'état-civil. Lyon, 1887.

Ladreit de Lacharrière (M.). — De la crémation des morts. Soc. de méd. lég. de France, 1879.

Lande. — A propos du retard apporté dans les inhumations. J. de méd. Bordeaux, 1891.

Lagneau. — Rapport sur la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès. Ann. de démogr. internat. Paris, 1879.

Lamoureux. — Création de maisons mortuaires à Paris. Ann. de l'hyg. publ. et de méd. légale. Paris, 1881, 3e série, volume 5.

Larrey. — Inhumations précipitées. Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale. T. XXVII.

Legrand du Saulle. — Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. Ouvrage couronné par l'Institut de France. Paris, 1886.

Legendre. — La mort au point de vue médico-légal et professionnel. Rev. génér. de clin. et thér. Paris, 1908.

Lenormand. — Des inhumations précipitées. Mâcon, 1843.

Levasseur. — De la mort apparente et des moyens de la reconnaître. Rouen, 1867.

Littlejohn. — A contribution to the study of the post-mortem, appearances in the drowned. Edimb. méd. J. 1903.

Louis. — Lettres sur la certitude des signes de la mort, où l'on rassure les citoyens de la crainte d'être enterrés vivants. Paris, 1752.

Lutaud. — Manuel de médecine légale et de jurisprudence médicale. Paris, 1886.

Lee. — The extreme rarity of premature burials.

Madden. — On morbid somnolence and death-trance. London, 1897.

March. —The legal value of dying declaration. Boston med., 1896.

Martel. — Valeur de la phlyctène explosible des doigts comme signe de la mort. Toulouse, 1887.

Meissier. — Recherches et observations sur la question des morts apparentes, et sur les moyens de remédier aux accidents funestes qui en sont trop souvent les conséquences. Bulletin méd. Belge. Brux. 1837.

Missirili. — Pericoli di seppellire gli nomini vivi creduti morti. Milano, 1837.

Monfalcon. — Art. Inhumation. Dictionnaire des sciences médicales en 60 volumes. Paris, 1818.

Monteverde. — Dei segni et dei mezzi du distinguons la morte verra d'ell apparente et in particulare delle injectioni sottocutanée di ammoniaca colorado et incolore. Cremona, 1889.

Morache. — Naissance et mort. Paris, 1904.

Moreau. — Sur quels signes s'appuyer pour déterminer le moment où la mort s'est produite, et quelle en est la valeur ? Ann. soc. méd. légale de Belgique. Bruxelles, 1909.

Nicati. — Un signe de mort certaine emprunté à l'ophtalmomètre. C. R. Ac. des sciences, 1894.

Orfila. — Des moyens propres à reconnaître les poisons et à distinguer la mort réelle de la mort apparente. Paris, 1825.

— Traité de médecine légale. Paris, 1848.

Parrot. — De la mort apparente. Thèse Paris, 1860. (agrégation).

Pastore. — Morte reale ed apparente con apparecchi per verificare l'una e l'altra. Soc. méd. chir. in Bologna, 1898.

Paul. — Organisation du service de la vérification des décès et de leurs causes. (Bull. Soc. Roy. de méd. publique de Belgique.), Art. méd. Brux. 1879. XV.

Paulet. — La constatation des décès. Nouv. Montpellier médical, 1895.

Pessonnier. — Contribution à l'étude des signes de la mort et de leur application à la pratique de l'autopsie médicale. Thèse de Bordeaux, 1907.

Peyraud. — Détermination de la mort réelle par le caus-

tique de Vienne. Mémoire et bullet. de la Soc. le méd. et de chirurgie de Bordeaux.

Pichard. — De la léthargie et des signes qui distinguent la mort réelle de la mort apparente. Paris, 1830.

de Pietra Santa. — Léthargie et inhumations précipitées. J. d'hyg. Paris, 1897, XXII.

— Les médecins de l'état-civil et les inspecteurs de la vérification des décès devant le budget municipal de 1880. J. d'hyg. Paris, 1880.

Pineau. — Mémoire sur le danger des inhumations précipitées et la nécessté d'un règlement pour mettre les citoyens à l'abri du malheur d'être enterrés vivants. Niort, 1776.

Piot. — Recherches expérimentales sur la mort apparente dans l'asphyxie et son traitement par un procédé nouveau de respiration artificielle. Thèse de Paris, 1882.

Plateau, Tissier et Lutaud. — Les déclarations de naissances et de décès. Revue de méd. légale. Paris, 1903.

Popular superstition as to premature burial. — Medical News. Philadelphia, 1895.

Previnaire. — Mémoire sur la question suivante, proposée en 1784 par l'Académie impériale et royale des sciences, belles-lettres et arts de Bruxelles : Quels sont les moyens que la médecine et la police pourraient employer pour prévenir les erreurs dangereuses des enterrements précipités ? Ouvrage qui a concouru pour le prix de l'année 1786. Bruxelles, 1787.

Ranse (de). — De la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès. Gaz. méd. Paris, 1879.

Rayer. — Rapport sur le concours relatif à la question des morts apparentes et aux moyens de prévenir les enterrements prématurés. Compte-rendu. Acad. Sc. Paris, 1848.

Remarquable resusciations. — Lancet, London, 1904.

Regolamento speciale di polizia mortuaria. — Monitore d. méd. Roma, 1892.

Rusden. — Cremation and burial in relation to death certification. Proc. Roy. Soc. Victoria. Melbourne, 1895.

Rudeaux. — Diagnostic et traitement de la mort apparente du nouveau-né. Arch. génér. médecine, février 1905.

Sentence for using a false certificate of death. — Boston méd., 1905.

Schrevens. — La vérification des décès. Ann. de la Soc. de méd. légale. Belgique. Charleroi, 1894.

Sendral. — Etude critique sur la crémation. Lyon, 1890.

Schleicher. — La crémation et l'inhumation des cadavres. Ann. Soc. méd. d'Anvers. 1889.

Souvestre. — Lettres d'E. Souvestre relatives aux inhumations précipitées. Chronique médicale, 1908.

Stappaerts. — Quels sont les moyens que la médecine et la police pourraient employer pour prévenir les erreurs dangereuses des enterrements précipités ? Bruxelles, 1788.

Stochis. — Le signe de la mort. J. de méd., Paris, 1909.

— Le diagnostic de la mort. Scalpel. Liège, 1907-1908.

Stocquart. — Les signes de la mort réelle. J. de méd. et chir. et pharmacol. Bruxelles, 1895.

Suner y Ordonez. — La muerte aparente como fenomeno biologico. Rev. med., 1905.

Swynghedauw. — Des maisons mortuaires et de leur création dans les petites localités. Thèse de Lille, 1887.

Tardieu. — Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité. Paris, 1862.

Taylord. — The danger of premature interment proved from many remarkable instances of people who have recovered after being laid out for dead, and of others entombed alive for want of being properly examined prior to interment... Selected from historical records. London, 1816.

Tebb et Vollum. — Premature burial and how it may be prevented ; with special reference to trance catalepsy, and others forms of suspended animation. 2e édition, by. W. B. Hadven. London, 1905.

Thierry. — La vie de l'homme respectée et défendue dans ses derniers moments. Paris, 1785.

Thoinot et Lacassagne. — L'expertise médicale criminelle en France, à l'époque actuelle. Bull. Ac. méd. Paris, 1908.

Tonnini. — La leggenda delle sepolte vive, 1891.

Toulmouche. — Des causes naturelles de mort qui peuvent donner lieu à des soupçons de crime. Ann. d'hyg. publ. 2e série, t. XXXIV. Paris, 1870.

Tourdes. — Art. mort. Dictionnaire Dechambre. Art. cadavre. Art. autopsie.

Ulbaldo Drummond. — Reaccâ sulfhidrica de Icard. Thèse de Bahia, 1907.

Vallin. — Sur un appareil destiné à éviter les inhumations précipitées. Bull. Ac. méd. Paris, 1898.

Varigny (de). — La lutte contre la mort apparente. Lausanne, 1906.

— La mort apparente et l'inhumation prématurée. Lausanne, 1906.

Vibert. — Précis de médecine légale. Paris, 1908.

Vigné. — Des principales maladies qui peuvent donner lieu aux inhumations précipitées. Paris, 1841.

— Mémoire sur le danger des inhumations précipitées et sur les signes de la mort.

Villeneuve. — Du danger des inhumations précipitées, et du moyen de les prévenir en concourant au progrès de la science. Dijon, 1841.

Vingtrinier. — Rapport sur l'ouvrage du docteur Bayard, ayant pour titre : Mémoire sur la police des cimetières de Paris, et proposition d'une mesure propre à éviter le danger des inhumations précipitées. Rouen, 1838.

Volta. — Un raro caso di morte naturale in rissa ; su importanza dal punto di vista medico-legale. Gaz. d'Osped., Milano, 1908.

Waller. — Le dernier signe de vie. C. R. Acad. sciences, 1900.

Walsh. — Premature burial ; fact or fiction ? N.-Y., 1898.

Westcott. — An address on the coroner and his relations with the medical practitioner and death certification. British méd. J. London, 1907.

Welch. — Burial by the state. Lancet. London, 1907.

Winslow. — Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort et l'abus des enterrements et embaumements précipités. Trad. et commentée par Bruhier. Paris, 1742.

Winslow. — An mortis incertae signa minus incerta a chirurgicis quam aliis experimentis ? Paris, 1740.

Wilder. — Peri of premature burial. A public address delivered before the members of the legislature at the capital. Albany, N.-Y, janv. 25. 1871, et London, 1895.

Williams. — The importance of frequent post-mortem examinations. Atlanta Medical and Surgical. Journal, 1884-85.

Wising, Perman et Linroth. — Project concerning nomenclature of causes of death, and certificate of death. Fôrth. v. Svens. Läk-Sällsk. Sammank, Stockholm, 1891.

Zacchias. — Questions médico-légales. 1660.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 8 décembre 1909.
*Le Recteur,*
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 8 décembre 1909.
*Le Doyen,*
MAIRET

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*